PH.D.-AFHANDLING

GITTE KAARINA JØRGENSEN

INGEN ANDRE HAR FORSTÅET OS, HAR FORSTÅET, HVOR VIGTIGE VI ER

En undersøgelse af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser

AARHUS UNIVERSITET
INSTITUT FOR UDDANNELSE OG PÆDAGOGIK (DPU)

Ingen andre har forstået os, har forstået, hvor vigtige vi er

En undersøgelse af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser

Ph.d.-afhandling

Gitte Kaarina Jørgensen

Vejleder: Pia Bramming

Ph.d.-programmet, Læring og Uddannelse, Aarhus Universitet

Indholdsfortegnelse

FORORD **7**

KAPITEL 1 ..... **10**

En foreløbig præsentation af forskningens genstand og genstandsfelt **10**

Sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelse **10**
"Ingen andre har forstået os, har forstået, hvor vigtige vi er" 11
Sundhedsplejerskers opgave 13

Forskningens genstandsfelt og de særlige udfordringer, der knytter sig hertil **16**
Centrale forskningsspørgsmål 18

Introduktion til projektets grundlæggende case **19**

Forskningens bidrag **24**
Relevans i forhold til specialuddannelsen til sundhedsplejerske 26
Relevans i forhold til feltet Organisation og Læring 28
Empirisk forskning gennem et intervenerende og eksperimenterende design 32

Disponering af afhandlingen **33**

KAPITEL 2 ..... **35**

Analysestrategiske overvejelser og valg **35**

Science and Technology Studies (STS) **36**
At "se" med et performativt blik 36
Aktør-netværksteori (ANT) 38
Posthumanistisk performativitet 44

Fra analysestrategiske overvejelser til praktiske greb **50**
Framing 51
Deframing 52

Performativitet, metoder og god forskning **53**

KAPITEL 3 ..... **55**

Performativ organisatorisk etnografi og produktion af empirisk materiale **55**

Performativ organisatorisk etnografi **56**

Empiriproduktion **58**
Introduktion til kommunerne i afhandlingen 59
Dokumenter 79

Etiske overvejelser **82**

Forskning i egen praksis **84**
At studere sin genstand i et felt som en indfødt og fremmed på samme tid 85

KAPITEL 4 ..... **87**

Introduktion til feltet: Sundhedsplejerskeordningen har vist sig at være så stor en succes, at den stadig lever i bedste velgående efter 70 år **87**

Spædbørnsdødeligheden som genstand for lægefaglige interesser **88**
Det medicinske børneplejeprogram 89
Børneplejestationerne 93

Sundhedspleje-fagets etablering **94**
Interesser og aktører 95
Forsøgsordning med sundhedsplejersker 97
Kursus for sundhedsplejersker 100

Transformationer af forståelser over tid **105**
Kan, bør og skal ansætte sundhedsplejersker 105
Fra bekæmpelse af sygelighed og dødelighed til sundhedsplejerskeordning 107
Fra forebyggende sundhedsordninger til forebyggende sundhedsydelser 111

KAPITEL 5 ..... **116**

"Ingen andre har forstået os, hvor vigtige vi er" - præcisering af forskningens genstand: Sundhedsplejerskers faglige selvforståelser **116**

Professionsidentitet **117**

Faglige identiteter og selvforståelser inden for det sygeplejefaglige felt **119**
Søgning og fund 121

Det særlige felt: Sundhedspleje **126**
Forskellige forståelser af og tilgange til sundhedspleje på en og samme tid 130
Deprofessionalisering og (u)synlighed 133

KAPITEL 6 ..... **136**

Keep Your Mind Open – sundhedsplejerskers forståelser af "god faglighed" **136**

Det er en dør **136**
Keep Your Mind Open 139
Et tilbud, som vi tilbyder alle 139

Det der møde, det er så essentielt **141**
Det ser hyggeligt ud 142
Der mangler kaffe 143
Hvis jeg ikke har mor i centrum, kan jeg heller ikke gøre ret meget for barnet 145

Glad fyr om dagen - tyran om natten **146**
En god mor 147
Flere lag af virkeligheden 148

Hvis jeg ikke var der, var der ikke noget billede **149**
Faderen har altid været der 151
Hvorfor er det egentlig, at du skal komme? 152
Det er en eller anden trekant, vi har 152

Det er fundamentet: At den lille vokser og gror, som den skal **153**
Den mor er en god mor 155
Der er jo en sundhedsplejerske på besøg dér 155
Det er jo ikke hjemme 157

You never know **158**
Øjebliksbilleder 159
Det er sgu ikke nok 160

Der er ikke kun én vej, vi skal gå, selv om vi har en standardiseret besøgsprofil **161**
Et barneliv 163
At gøre en forskel 164

Så var der et (billede), jeg gerne ville have taget **165**
Det kunne jo også have været en ked-af-det mor 166
Hvor er mor henne? 166

Sundhedspleje er jo mange ting **168**

KAPITEL 7 ..... **171**

Man kan jo ikke undvære hjemmebesøgene, det kan man virkeligt ikke – sundhedsplejerskers faglige selvforståelser i arbejdet med hjemmebesøg **171**

Hjemmebesøg, formål og effekter **174**

Udviklingen i antallet af anbefalede hjemmebesøg 1937-2011 ..... **177**

Sundhedspleje – et fag i forandring **180**

Faglige selvforståelser, som kommer til syne gennem arbejdet med hjemmebesøg som metode **184**
Hjemmebesøg som produkt 185
Hjemmebesøget som lokalitet 189
Hjemmebesøg som arbejde 196

KAPITEL 8 ..... **203**

"Men jeg synes også, at konsultationerne fungerer godt" – sundhedsplejerskers faglige selvforståelser, som de kommer til syne gennem arbejdet med konsultation **203**

Mulighed for at supplere hjemmebesøg med andre metoder **203**

Konsultation – et vidt begreb **205**
Forståelser af begrebet konsultation i fire kommuner 205
Introduktion af konsultation som metode 208
Introduktion af konsultation i de øvrige kommuner 210

Faglige selvforståelser, som kommer til syne gennem arbejdet med konsultation som metode **214**
Konsultation som produkt 214
Konsultation som lokalitet 219
Konsultation som arbejde 226

KAPITEL 9 ..... **236**

Vi saver den gren over, vi selv sidder på **236**

Fra identitet til profession **236**

Sundhedspleje og "god sundhedspleje-faglighed" **238**
Rockefeller Foundations betydning for dansk sundhedspleje 238
En sund opvækst og gode forudsætninger for en sund voksentilværelse 240
Kategoriseringer af "det normale" 241
Relationer og skiftende positioner 243
Mellem tilbud og tilsyn 244

Mødet mellem det unikke hjemmebesøg og den (u)mulige konsultation **244**
Det unikke hjemmebesøg 245
Den (u)mulige konsultation 250

Vi saver den gren over, vi selv sidder på **253**

"Sundhedspleje er jo mange ting" **254**
Sundhedspleje som fag, arbejde og opgave 257

Sundhedsplejerskers faglige selvforståelser **259**

RESUME **262**

ABSTRACT **267**

REFERENCER **271**

FIGUROVERSIGT **283**

BILAGSFORTEGNELSE **284**

Bilag 1 **Empiriproduktion maj 2010 til juni 2013** .....

Bilag 2 **Udvalgte tiltag i relation til børns sundhed 1845-2011** .....

Bilag 3 **Review – Præsentation af artikler: Formål, teori/empiri og væsentligste fund** .....

Bilag 4 **Review – Forståelser af forholdet mellem professionsidentitet og organisatorisk forandring i det sundhedsfaglige felt** .....

Forord

Titlen på denne afhandling stammer fra et fokusgruppeinterview, og den er valgt, dels fordi den fremhæver et interessant paradoks mellem, hvordan sundhedsplejersker forstår sig selv, og hvordan andre forstår sundhedsplejersker, og dels fordi udtalelsen indikerer et potentielt artikulationsproblem, som kan vise sig at gøre det vanskeligt for sundhedsplejerskerne at positionere sig og agere i forhold til aktuelle samfundsmæssige vilkår og betingelser.

De to billeder på forsiden skal bidrage til at fremhæve forskellige strategier i bestræbelserne på at leve op til sundhedsmål i relation til børn under ét år. Det første billede er taget af en af de danske sundhedsplejersker, som har bidraget til produktionen af det empiriske materiale, afhandlingen bygger på. Det fremhæver den foretrukne danske strategi, hvor sundhedsplejerskers besøg i barnets hjem anses for at have meget stor betydning set i forhold til det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn under ét år. Det andet billede har jeg selv taget i forbindelse med et studiebesøg på Familjecentralen Paletten, Staffanstorp Kommun i Skåne. Her er viden og kompetencer omkring børn samlet i et center, og tværfagligheden i det daglige arbejde tillægges stor betydning i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Forskellen på de to strategier er, om det er den professionelle eller forældrene, der skal gå gennem døren og hen over dørtrinet, for at ydelsen, servicen eller tilbuddet om sundhedspleje kan komme i stand. Pointen med billederne af disse to døre er imidlertid også, at de hver især knytter an til nogle forskellige forståelser af, hvordan man kan (og dermed også, hvordan man ikke kan) organisere det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn under ét år.

Som tidligere sundhedsplejerske og tidligere uddannelsesansvarlig for sundhedsplejerskeuddannelsen ved Professionshøjskolen Metropol har det været et privilegium at få mulighed for at forske i sundhedspleje i et organisatorisk og læringsmæssigt perspektiv. Ud over, at jeg har lært uendeligt meget om faget og ikke mindst de materielt-diskursive praksisser, der konstituerer det, og som det selv bidrager til at konstituere, har det givet en særlig energi og et særligt engagement at få lov til at fordybe sig i sin egen profession gennem en længerevarende periode. Det har imidlertid også været forbundet med en række udfordringer, som bl.a. har medvirket til, at jeg har

stiftet bekendtskab med forskningens kompleksitet og lært noget om betydningen af de (mange forskellige) interesser, der altid vil være knyttet til forskning.

Forskellige videnskabsteoretiske positioner forstår viden og dermed også god forskning på forskellige måder og har således også forskellige kvalitetskriterier. Jeg har valgt at lægge mig i forlængelse af den forskning, som fremhæver, at god forskning medfører en forpligtelse til, at de studerede fænomener - som i denne afhandling er de danske sundhedsplejerskers faglige selvforståelser - skal have mulighed for at gøre sig genstridige og for at komme frem, komme til orde og vise nye sider af sig selv (Latour, 1999b; Stengers, 1997).

Med henblik på formålet med at generere viden om sundhedsplejerskers faglige selvforståelser rejser afhandlingen to centrale forskningsspørgsmål:

- *Hvordan fremstilles "god sundhedspleje-faglighed" i sundhedsplejerskers forståelser?*

- *Hvordan kommer sundhedsplejerskers faglige selvforståelser til syne i mødet med den potentielt nye strategi, konsultation, i det sundhedsplejefaglige arbejde med børn under ét år?*

Når jeg har valgt at undersøge, hvordan sundhedsplejerskers faglige selvforståelser kommer til syne gennem arbejdet med henholdsvis hjemmebesøg og konsultation som strategier til på at nå formulerede sundhedsmål i forhold til børn under ét år og deres familier, så er det ud fra et ønske om at udforske de faglige selvforståelser og ikke metoderne i sig selv. Dette betyder, at de sundhedsplejersker, som håber i denne afhandling at finde endegyldige argumenter for (eller imod) den ene eller den anden metode eller måske rettere en strategi, formentligt vil blive skuffet. De, der derimod er interesserede i at blive klogere på, hvordan faglige selvforståelser konstitueres og optræder i et fagligt felt, samt hvilke effekter dette kan bidrage til at generere med henblik på en potentiel styrkelse af fagligheden og den faglige udvikling, kan godt læse videre!

Der er rigtig mange, som jeg skylder en tak i forbindelse med gennemførelsen af dette projekt. Det gælder først og fremmest Aarhus Universitet, Professionshøjskolen Metropol samt Det Frie Forskningsråd, som har finasieret ph.d.-forløbet. Jeg må desuden særligt

fremhæve de sundhedsplejersker, som har haft lysten (og modet) til at lade mig få et indblik i deres daglige arbejde. Uden jeres hjælp (I ved selv, hvem I er) havde dette projekt aldrig været muligt.

Desuden vil jeg rette en stor tak til mine kolleger på Sundhedsfaglig Efter- og Videreuddannelse, Institut for Sygepleje og (det tidligere) Institut for Sundhed og Ernæring, Professionshøjskolen Metropol samt til mine (nu tidligere) kolleger ved forskerprogrammet Organisation og Læring, Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet.

En særlig tak skal rettes til Bente Elkjær, Niels Christian Nickelsen, Sten Høyrup, Dorthe Staunæs, alle Aarhus Universitet, Inger Schrøder, Anne Regitze Lind-Holm og Anja Svejgaard Pors, Professionshøjskolen Metropol, samt Stinne Glasdam, Universitet i Lund, som alle på hver sin måde har hjulpet mig og været en stor og uundværlig støtte undervejs i forløbet.

Jeg skylder min vejleder, Pia Bramming, en helt speciel og ganske særlig tak. Jeg er så taknemmelig for din altid konstruktivt-kritiske feedback og vejledning samt for al den hjælp og støtte, som du har ydet gennem de snart fem år, vi har kendt hinanden.

Endelig en stor tak til Kim, Thomas, Patrick og Cecilie. Uden jeres hjælp og støtte havde jeg aldrig været i stand til at kunne indlevere denne afhandling.

Søborg d. 5.1.2015

Gitte Kaarina Jørgensen

Kapitel 1

En foreløbig præsentation af forskningens genstand og genstandsfelt

> *”Jeg tænker, at sundhedsplejen har været meget optaget af, at ingen andre har forstået os, hvor vigtige vi er, og det er måske et større problem end som så, hvis vi ikke kan fortælle, hvad det er, vi fagligt er så vigtige omkring. Men den der faglige argumentation har styrket min tiltro til, at der ikke er andre faggrupper, der kan udøve den faglighed, vi har. Om det så bliver værdsat, det er jo et helt andet spørgsmål i en tid, hvor riget fattes penge”* (Fokusgruppeinterview 3)[1].

Begreberne fagidentitet og/eller professionsidentitet anvendes ofte, men ikke entydigt i sygeplejelitteraturen (Fagermoen, 1997; 2012). En række beslægtede begreber som f.eks. faglighed (”professionalism”), sygeplejerskerollen (”perceptions of the nurse role”), det professionelle selv eller sygeplejens selvforståelse (”the professional self”, ”the self-concept of nurses”) synes at blive anvendt mere eller mindre som synonyme begreber, der kan beskrive sygeplejerskers fag- eller professionsidentitet (Fagermoen, 1997).

I denne afhandling, som markerer den foreløbige afslutning på mit ph.d.-projekt i tilknytning til forskerprogrammet, Organisation og Læring, ved Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet, anvender jeg indledningsvist betegnelsen ”faglig identitet og selvforståelse” som et udtryk for forskningens genstand. Jeg har valgt dette for at fremhæve, hvordan min forskningsinteresse er rettet mod at undersøge, hvordan en professions eller et fags grundlæggende identitet og den konkrete selvforståelse, som fagets udøvere er i besiddelse af, sætter sig igennem og får betydning i forhold til forståelsen af den opgave, faget varetager gennem det daglige arbejde, herunder f.eks. valget og forståelser af bestemte strategier og metoder.

Sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelse

Min forskningsinteresse er specifikt rettet mod danske sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelser, og i afhandlingen undersøges disse begreber først og fremmest som et forhold mellem på den ene side faget og på den anden side den opgave,

1 Det indledende citat stammer fra empirisk materiale produceret i tilknytning til ph.d.-projektet i perioden maj 2010 til juni 2013.

som sundhedsplejersker er uddannet og ansat til at varetage. Formålet med at generere viden om dette er at bidrage til at styrke fagligheden og den faglige udvikling i sundhedspleje-faget set i relation til aktuelle vilkår, krav, betingelser, udfordringer osv., og det knytter dermed an til såvel funktionen som sundhedsplejerske i det daglige arbejde og til sundhedsplejerskeuddannelsen.

For mig som tidligere sundhedsplejerske og tidligere ansvarlig for uddannelsen til sundhedsplejerske på Professionshøjskolen Metropol har forsøget på at udvikle en sådan viden været et både oplagt og interessant ph.d.-projekt.

”Ingen andre har forstået os, har forstået, hvor vigtige vi er”

Med det indledende citat gør sundhedsplejersken sig til talskvinde[2] for et fælles sundhedsplejerske-”vi”, der fremhæver egen særlige betydning. I henhold til denne selvforståelse kan sundhedsplejersker bidrage med noget vigtigt og væsentligt i relation til de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge.

Det, som dette sundhedsplejerske-”vi” kan og gør, bliver i talskvindens forståelse imidlertid ikke nødvendigvis værdsat og anerkendt af de øvrige aktører inden for feltet. Ud over en oplevelse af, at *ingen andre har forstået os, har forstået, hvor vigtige vi er*, beskrives sundhedsplejersker også som personer, der tilsyneladende har problemer i forhold at kunne redegøre for denne vigtighed på måder, så andre, dvs. ikke-sundhedsplejersker, kan forstå det.

Umiddelbart er det kun muligt at opspore nogle få forskningsprojekter, der handler om dansk sundhedspleje (se f.eks.Guldager (1992); Axelsen (2004); Kronborg (2006); Brødsgaard (2011), Olesen (1997) og Buus (2001), men stort set ingen af disse forskningsprojekter fokuserer specifikt på faglig identitet og selvforståelse set i forhold til forståelser af opgaven og arbejdet [3]. Dermed kan de i udgangspunktet ikke bidrage til at belyse, begrunde eller udfolde relevante problemstillinger i relation til forskningens genstandsfelt.

Dette understeger dels projektets relevans og dels betydningen af at gennemføre en empirisk undersøgelse med henblik på at udvikle viden om sundhedsplejerskers faglige

[2] Langt de fleste sundhedsplejersker er kvinder. Jeg har kun kendskab til to mænd, der arbejder i den danske sundhedspleje.
[3]Oline Pedersens ph.d.-afhandling fra 2013 (undervejs): Sundhedspleje - studier af en normaliserende praksis - kan her fremhæves som et af de få eksempler.

selvforståelse og dermed leve op til afhandlingens formål, men det betyder også, at litteratursøgninger og systematiske *reviews* har måttet udvides til at omfatte udenlandske kilder, hvilket ikke helt uproblematisk, fordi sundhedsplejerskers arbejde kan være organiseret på ret forskellig vis i forskellige lande. Denne pointe vil jeg vende tilbage til på et senere tidspunkt. I dette konkrete projekt er jeg først og fremmest interesseret i de forståelser, som de respektive sundhedsordninger trækker på og ikke ordningerne i sig selv.

Vag og usikker faglig identitet og vagt og usikkert selvbillede?

Forståelsen af at sundhedsplejersker oplever manglende anerkendelse samt har vanskeligheder i forhold til at kunne redegøre for egen faglige betydning optræder også i to britiske artikler fra 1972. Forfatteren Maura Hunt har fokus rettet mod de britiske ”Health Visitors”, som jeg her indledningsvist vil sidestille med de danske sundhedsplejersker (Hunt, 1972a, 1972b). I Storbritannien kan to begreber, ”Health Visitor” og ”Public Health Nurse”, anvendes til at beskrive forståelser af sundhedsplejerskers fag og opgaver. De to begreber henviser hver især til nogle forskellige forståelser af sundhedspleje og sundhedsplejerskernes opgave og arbejde, og der knytter sig således nogle væsentlige pointer til disse begreber, som vil blive udfoldet i kapitel 5.

Maura Hunt beskriver, hvordan ”Health Visitors” har problemer i forhold til at kunne redegøre for indholdet og omfanget af deres rolle som sundhedsplejersker. De oplever, at hverken forældrene/klienterne eller de professioner, som de arbejder sammen med eller ved siden af, helt forstår, hvad sundhedsplejerskers arbejde går ud på, og hvad det kan bidrage med (Hunt, 1972a, 1972b).

På baggrund af et *review* af den britiske ”Health Visitor”-litteratur konkluderer Hunt, at sundhedsplejersker har et usikkert fagligt selvbillede og en usikker faglig identitet. Hun forklarer, at årsagerne til dette bl.a. hænger sammen med et meget omfattende fagområde i et slags ingenmandsland placeret mellem sygepleje, socialarbejde og uddannelse/pædagogik, samt at den særlige viden og de særlige kompetencer, som sundhedsplejersker gør krav på og henviser til i deres arbejde, ikke adskiller sig nævneværdigt fra den viden og de kompetencer, som andre tilsvarende professioner[4] hævder at være i besiddelse af (Hunt, 1972a, 1972b). Disse andre professioner beskriver

[4] Det kunne f.eks. være pædagoger, jordemødre, psykologer og andre professioner, som arbejder med relationer.

også interpersonelle kompetencer og observationskompetencer som noget centralt i forståelsen af deres respektive fag.

Hunt henleder derfor opmærksomheden på, at ingen profession kan gøre krav på monopol på personlige egenskaber som f.eks. takt, hensynstagen osv. På den måde bliver det vanskeligt at udpege nogle af de kernekompetencer, som kan afgrænse og dermed bidrage til at fremhæve det særlige ikke blot ved sundhedsplejerskernes, men også de øvrige professioners fag og faglighed (Hunt, 1972a). I forlængelse af dette rækker afhandlingens problemstilling således ud over sundhedsplejerskers faglige vanskeligheder.

40 år efter Maura Hunts beskrivelse af det faglige selvbillede hos de britiske ”Health Visitors” som vagt og usikkert samt vanskelighederne ved at kunne redegøre for egen rolle finder Baldwin (2012), at situationen i det aktuelle britiske sundhedsvæsen ikke har ændret sig nævneværdigt. Ifølge Baldwin har sundhedsplejersker kæmpet for at definere deres rolle og har været præget af usikkerhed set i forhold til egen professionsidentitet lige siden fagets etablering (Baldwin, 2012). Forståelsen og beskrivelsen af sundhedsplejerskers faglige identitet og selvbillede som vagt og usikkert synes dermed at være et vedvarende fænomen.

Den vage eller usikre professionsidentitet/faglige selvforståelse synes at være problematisk ikke mindst i forhold til mulighederne for at kunne positionere sig selv og egen faglighed som betydningsfulde aktører i et felt, hvor en række andre aktører kan påberåbe sig tilsvarende kernekompetencer. Netop denne pointe fremhæver projektets relevans og bidrager til at begrunde det primære formål, som retter sig mod bestræbelser på at styrke fagligheden og den faglige udvikling i sundhedspleje-faget.

Sundhedsplejerskers opgave

Den opgave, som sundhedsplejersker gennem deres arbejde bidrager til at løse, er hovedsagligt forankret i sundhedslovens kapitel 36, som handler om de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Det fremgår her, at sundhedsplejerskernes arbejde skal bidrage til:

> *At sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse*

samt

At indsatsen tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010a, § 120)[5].

Begreberne forebyggelse og sundhedsfremmende er således centrale begreber set i forhold sundhedsplejerskers opgave. Signild Vallgårda (2005) fremhæver, at der eksisterer en række forskellige forståelser af de to begreber og forholdet mellem dem. Nogle af disse forståelser opfatter sundhedsfremme og forebyggelse som to sider af samme sag (hvilket gør det vanskeligt at se forskel), mens andre definitioner opfatter sundhedsfremme og forebyggelse som noget forskelligt (der derfor trækker på forskellige logikker). I forlængelse heraf fremtræder begrebet ”sundhedsfremme” i forskellige udgaver gående fra at være identisk med forebyggelse til at være alt det, forebyggelse ikke er. Fælles for de forskellige opfattelser af sundhedsfremme er ifølge Vallgårda, at det står åbent, hvad sundhed er, og i forlængelse af dette kan sundhedsplejerskers forståelser af opgaven vise sig at trække på forskellige forståelser af, hvad arbejdet skal rette sig mod, og derfor rumme potentielle konflikter mellem de forskellige perspektiver.

Sundhedsstyrelsen, som udstikker rammerne for børnesundhedsarbejdet, henviser til de definitioner, der er fastsat af Center for Forebyggelse. Her forstås primær forebyggelse som initiativer, der har til formål *at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå* (Center for Forebyggelse Sundhedsstyrelsen, 2005, s. 39)[6]. Forebyggelse er dermed baseret på risikotænkning og handler om at undgå ikke-ønskede tilstande og processer. Med fokus på muligheder og på at opnå ønskværdige tilstande og processer handler sundhedsfremme om præcist det modsatte (Center for Forebyggelse Sundhedsstyrelsen, 2005, s. 17). Dermed trækker de to begreber på forskellige logikker i Sundhedsstyrelsens terminologi og dermed også på potentielt forskellige forståelser af

[5] Ved indleveringen af denne afhandling er loven fra 2010 blevet erstattet af en ny lov, som udkom i november måned 2010 (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014). Der er imidlertid ingen væsentlige ændringer i kapitel 36.

[6] Målgruppen for forebyggelse kan være hele befolkningen eller udvalgte grupper og enkeltindivider, og aktører er sundhedsprofessionelle og professionelle fra andre sektorer, herunder myndigheder. Primær forebyggelse foregår bl.a. i lokalsamfund, skoler og institutioner, på arbejdspladser og inden for den primære og sekundære sundhedssektor. Den lovgivende og regulerende del af primær forebyggelse betegnes som strukturel forebyggelse (Center for Forebyggelse Sundhedsstyrelsen, 2005, s. 39).

selve opgaven, dem opgaven retter sig mod, arbejdet med opgaven, hvordan opgaven kan løses bedst muligt, hvad der er kvalitet osv.

Mens lovgivningen formulerer den generelle målsætning, som er forpligtende for kommunerne, så bestemmer kommunerne principielt selv, hvordan de vil arbejde hen mod opfyldelsen af målsætningen. Det betyder, at der kan være ret store forskelle på, hvilke konkrete tilbud de enkelte kommuner stiller til rådighed for borgerne. Med strukturreformen, som trådte i kraft pr. 1.1.2007 og dens erklærede mål om at sikre en fortsat udvikling af det danske velfærdssamfund, er kommunernes (dvs. sundhedsplejerskernes arbejdsgivere) opmærksomhed blevet rettet mod opgaver og opgaveløsning med særligt fokus på brugerinvolvering, ressourceanvendelse og kvalitet af ydelser (K. Hansen, Bjørnholt, Jespersen, Nielsen, & Salomonsen, 2008; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005).

Riget fattes penge: Velfærdsstaten og New Public Management

De stadigt stigende omkostninger i sundhedssektoren har været (og er fortsat) en kilde til bekymring blandt de ansvarlige beslutningstagere (Wilkinson, 1995). I Storbritannien har den primære metode til at kontrollere disse omkostninger været ”New Public Management”-strategier, dvs. strategier som først og fremmest er optaget af at mindske omkostningerne og af at gøre mere for mindre gennem ledelsesteknikker og strukturelle forandringer.

Set fra et sundhedsfagligt perspektiv er dette bl.a. blevet kritiseret for, at fokus i for høj grad rettes mod at ansvarliggøre brugerne i sundhedsvæsenet og påvirke individuel adfærd frem for, at anstrengelserne rettes mod de faktorer, som har betydning for sundhed og sygdom (Hannigan, 1998; Wilkinson, 1995).

Navnet til trods er ideerne bag ”New Public Management” ikke så nye (Pollitt & Bouckaert, 2000). Som en af de første beskrev Hood begrebet ”New Public Management” som noget, der er opstået ved en kobling mellem to forskellige bevægelser. Den ene bevægelse knytter an til ”The New Institutional Economics”, som har genereret en række administrative reformer, der hovedsagelig bygger på ideer om konkurrence, brugervalg, transparens og incitamentstrukturer. Den anden bevægelse handler om ”Managerialism” i den offentlige sektor og udspringer af ”The International Scientific Management Movement”. Denne bevægelse har bidraget til en række administrative reformer, som er baseret på antagelser af, at professionel ledelsesekspertise kan overføres

fra en kontekst til en anden, at teknisk ekspertise er væsentlig, og at måling og justering af mål kan resultere i forbedrede organisatoriske resultater. Med ”New Public Management” forenes disse to forskellige tilgange med hver deres logikker, hvilket bl.a. rejser spørgsmålet om, hvorvidt de to tilgange overhovedet er forenelige (Hood, 1991).

I forlængelse af dette kan strukturreformen bl.a. læses som en effekt af, at ”Riget fattes penge”, og ”New Public Management” som noget, der helt grundlæggende synes at udfordre den særlige nordiske udgave af begrebet *velfærdstaten* ved at omdefinere den nordiske velfærdsmodels logik og ændre det felt, hvor professioner og de professionelles organisationer kan positionere sig selv (Dahl, 2005).

Forskningens genstandsfelt og de særlige udfordringer, der knytter sig hertil

Sundhedsplejersken, som udtalte sig i det indledende citat, synes ikke at nære tvivl om sundhedspleje-fagets betydning. Problemet er nærmere, at sundhedsplejersker oplever vanskeligheder i forhold til at kunne redegøre for, hvad det helt præcist er, de kan og gør, som er betydningsfuldt, vigtigt og væsentligt, og som kan bidrage til at fremme børns sundhed og forebygge sygdom på måder, så også ikke-sundhedsplejersker kan forstå det. Umiddelbart betragtet synes sundhedsplejerskernes udfordringer imidlertid også at række ud over spørgsmålet om at kunne artikulere egen faglighed.

Den opgave, som sundhedsplejersker gennem deres daglige arbejde skal bidrage til at løse, rummer på samme tid forskellige tolkningsmuligheder og potentielle kollisioner mellem forskellige logikker og forståelser, som igen knytter sig til forhold som f.eks. den økonomiske situation, politiske målsætninger og strategier, forståelser af velfærd og velfærdsydelser osv.

På denne måde indrammes sundhedsplejerskers fag og opgave i afhandlingen som fænomener, der fletter sig ind i og sammen med en lang række andre fænomener og praksisser, en sammenfiltring der skaber særlige vilkår og betingelser i det daglige arbejde, og som trækker på forskellige og potentielt modsatrettede logikker og forståelser. Et konkret eksempel herpå er det tilbagevendende tema i det empiriske materiale, at sundhedsplejerskers arbejde på den ene side skal være et (frivilligt) tilbud til forældre samtidig med, at sundhedsplejersker på den anden side er forpligtede til at føre tilsyn med barnets sundhedstilstand og på denne måde også har en kontrolfunktion. En væsentlig

pointe er, at denne problemstilling ikke kan løses eller overvindes gennem mulige greb eller tiltag, men er et aktuelt grundvilkår i arbejdet.

Som en forsker, der ønsker at blive klogere på sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelse, står jeg dermed over for nogle udfordringer.

For det første studerer jeg sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelser set i forhold til opgaven og arbejdet og de betingelser og vilkår, som knytter sig til dette. Med denne tilgang vælger jeg at opfatte fænomener, som traditionelt set placeres på forskellige analyseniveauer, som noget, der er indbyrdes forbundet og gensidigt konstituerende.

Dette betyder, at fag, opgave og arbejde opfattes som noget, der dels konstituerer og dels konstitueres af hinanden. Opgaven er konstituerende for faget og dets eksistensberettigelse, og det daglige arbejde i forhold til opgaven udføres på baggrund af og med henvisning til f.eks. fagets historie og traditioner, den viden og erfaring, som fagets udøvere har udviklet over tid, uddannelsen til sygeplejerske og videreuddannelsen til sundhedsplejerske osv.

For det andet fremtræder forskningens genstand, sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelse, som noget, der både kan være klart og tydeligt i sundhedsplejerskernes egen selvforståelse og som samtidig kan beskrives som vagt, usikkert og vanskeligt at artikulere. Udfordringen består her i at finde måder, hvorpå et fænomen, der ikke umiddelbart lader sig indfange, får mulighed for at træde frem og blive genstand for en nærmere undersøgelse.

I forlængelse af dette trækker projektet og afhandlingen på en poststrukturalistisk tilgang med særlig fokus på indsigter fra Science and Technology Studies (STS), nærmere bestemt Aktør-netværksteori (ANT) og Feministisk Materialisme (Agential Realism). Dette valg og implikationerne heraf vil jeg vende tilbage til og udfolde yderligere i kapitel 2. Her vil jeg blot umiddelbart fremhæve, at med dette valg undersøges sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelse med et performativt perspektiv, hvor sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelser studeres som noget, der især kommer til syne i en arbejdssammenhæng, bl.a. gennem valget af forskellige strategier. Begrundelsen for dette valg er hentet i metoden, performativ organisatorisk etnografi, som vil blive introduceret i kapitel 3. Med det performative perspektiv tager afhandlingen desuden sit udgangspunkt i, at der er flere måder fagligt at performe på og at disse knytter sig til, hvordan det respektive faglige felt selv-forstår sig. Dermed giver det ikke umiddelbart mening at arbejde med ét identitetsbegreb, og som en følge heraf er

forskningens genstand undervejs i projektet blevet gen-tænkt fra den indledende entals-form til, at jeg nu taler om sundhedsplejerskers identiteter og selvforståelser i flertal.

Centrale forskningsspørgsmål

Ved projektets start i foråret 2010 var danske sundhedsplejersker bl.a. optaget af at diskutere strategier og metoder i det sundhedsplejefaglige arbejde i relation til børn under ét år og deres forældre. På dette historiske tidspunkt havde nogle få kommuner valgt at introducere det, jeg i denne afhandling har valgt at kalde konsultation, som et supplement til den anerkendte og foretrukne metode "hjemmebesøg" i deres bestræbelser på at opfylde de formulerede sundhedsmål.

Denne udvikling har givet anledning til passionerede debatter blandt sundhedsplejersker, hvor billedet af at save egen gren over ofte er blevet malet frem, hvilket efterlader et indtryk af en profession eller et fag, som føler sig presset og/eller truet.

De engagerede og følelsesladede diskussioner i forhold til, hvad der kan anses for at være hensigtsmæssige strategier og metoder i det sundhedsplejefaglige arbejde i relation til børn under ét år og deres familier (og hvad der ikke kan), indikerer, at der her er noget, der er interessant set fra et forskningsmæssigt perspektiv. Jeg har derfor rettet mit forskerblik mod at undersøge, hvordan sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelser kommer til syne og til udtryk gennem sundhedsplejerskers arbejde med de to metoder, diskussionerne primært har været centreret omkring: hjemmebesøg og konsultation. Med dette valg antager jeg, at introduktionen af konsultation udgør et interessant empirisk afsæt med henblik på at få genstandsfeltet "i tale".

De indledende overvejelser har ført til formuleringen af de to centrale forskningsspørgsmål, som denne afhandling søger mulige svar på:

- *Hvordan fremstilles "god sundhedspleje-sundhedspleje-faglighed" i sundhedsplejerskers forståelse?*

- *Hvordan kommer sundhedsplejerskers faglige selvforståelser til syne i mødet med den potentielt nye strategi "konsultation" i det sundhedspleje-faglige arbejde med børn under ét år?*

I slutningen af dette kapitel vil jeg beskrive, hvordan afhandlingen er disponeret med henblik på mulige besvarelser af disse to spørgsmål. Her vil jeg indledningsvist introducere den grundlæggende *case*, som projektet tager sit afsæt i.

Introduktion til projektets grundlæggende case

Trods individuelle forskelle i de nordiske velfærdspolitiske programmer (Kvist, 2001) fremhæves den nordiske velfærdsmodel ofte som en del af grundlaget for Nordens økonomiske udvikling og velstand i efterkrigstiden. Det fællesnordiske værdigrundlag betyder imidlertid ikke, at de enkelte lande har valgt at løse velfærdsopgaverne på samme måde (Norden, 2014)[7].

Den finske hälsovårdare, den svenske distriktssköterska og den norske helsesøster er betegnelser for de sundhedsprofessionelle i de øvrige nordiske lande, som en dansk sundhedsplejerske umiddelbart kan sammenligne sig med. Fællesnævneren mellem disse sundhedsprofessionelle er en tæt relation til sygeplejefaget[8], samt at deres virksomhed er rettet mod det, World Health Organization (WHO) kalder ”Primary Health Care” (PHC). Begrebet PHC betegner dels et bestemt niveau i sundhedstjenesten (den primære sundhedstjeneste) og dels filosofien og rækken af strategiske principper og visse aktiviteter i sundhedsvæsenet, som er fokuseret på sundhedsfremme og forebyggelse frem for behandling (World Health Organization, 1986). Det er primært den sidste forståelse af begrebet, som er relevant set i forhold til denne afhandling.

Det, som adskiller de nordiske sundhedsplejersker, er først og fremmest omfanget af aktiviteterne og den målgruppe, arbejdet retter sig mod. For den svenske distriktssköterska og den finske hälsovårdare kan arbejdet omfatte mennesker i alle livsaldre, mens den norske helsesøster og den danske sundhedsplejerske primært arbejder med børn og deres familier, men mens den danske sundhedsplejeordning slutter, når barnet går ud af 9. klasse, omfatter den norske ordning også ungdomsuddannelser.

[7] Norden er Nordisk Ministerråds og Nordisk Råds hjemmeside for det officielle nordiske samarbejde mellem Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige, Færøerne, Grønland og Åland (Norden, 2014).
[8] Den danske, svenske og den norske uddannelse er en videreuddannelse eller specialuddannelse, som forudsætter en grundlæggende uddannelse som sygeplejerske. Den finske uddannelse er en fireårig grunduddannelse, hvor den studerende uddanner sig som sygeplejerske med særligt fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til mennesker i alle livsaldre (se f.eks. Arcada, 2013).

Karakteristika - den nordiske model

- *Modellen er meget omfattende*
- *Staten har et omfattende socialt ansvar*
- *Universalismeprincippet i form af grundlæggende sociale rettigheder rettet mod alle*
- *Individualisme i form af, at sociale ydelser stort set tildeles og udmåles i forhold til det enkelte individs situation*
- *Mål om høj beskæftigelse*
- *Mål om lighed i muligheder og resultater*
- *Høj kvalitet og generøsitet*

(Kvist, 2001)

Der er også forskel på, hvilke strategier der tages i anvendelse i det sundhedsfaglige arbejde for at nå de formulerede sundhedsmål, og dermed er der forskellige versioner af, hvordan den nordiske velfærdsmodel og universalismeprincippet kan/skal/bør udmønte sig i det daglige sundhedspleje-arbejde. Mens hovedparten af de øvrige nordiske lande kombinerer besøg i forældrenes hjem med det, jeg i denne afhandling har valgt at kalde konsultationer på en ”helsestasjon”, ”vårdcentral” eller en ”hälsocentral”, arbejder de danske sundhedsplejersker fortrinsvist med hjemmebesøg som den foretrukne strategi i arbejdet med børn under ét år og deres familier.

Det unikke hjemmebesøg

Siden forsøgsordningen med sundhedspleje og den efterfølgende formelle etablering af sundhedspleje-faget ved lov har hjemmebesøget været den primære strategi i sundhedsplejerskers sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn under ét år i forhold til at leve op til den til enhver tid gældende sundhedslov (Guldager, 1992; S. Hede, L. Nissen, & A. M. Lundhus, (red.), 2008; Henriksen & Hendriksen, 2005; Indenrigsministeriet, 1937; Lichtenberg, 2002).

Sundhedsplejersker beskriver hjemmebesøg bl.a. som:

En kerneydelse i sundhedsplejen **(Møller, 2005)**

Noget der vægtes højt, fordi sundhedsplejersken gennem den nære kontakt kan få et indtryk af barnets og familiens situation **(Lichtenberg, 1998)**

En af sundhedsplejens bærende metoder **(Hede, 2012 s. 59)**

Noget helt centralt i faget, der har stor værdi **(Facebookgruppen Sundhedsplejersken, 2010)**

I den aktuelle bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge fastslås det, at: *kommunerne indtil undervisningspligtens ophør skal tilbyde alle børn og unge funktionsundersøgelser*[9] *ved en sundhedsplejerske* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010b, § 10), samt at disse funktionsundersøgelser normalt skal finde sted ved besøg i barnets hjem i det første leveår (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010b, § 10 stk 2). Hjemmebesøget kan ifølge bekendtgørelsen suppleres med ”individuel rådgivning efter henvendelse” og ”gruppeaktiviteter” som f.eks. forældregrupper, ”åbent hus”-arrangementer, temaaftener osv. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010b, § 11).

Blandt sundhedsplejersker har hjemmebesøget en meget høj status, hvilket f.eks. kan læses af følgende citat:

> *Hjemmebesøget er en unik og nødvendig mulighed for sundhedsplejersken til at danne sig et ægte indtryk af det enkelte forældrepars sociokulturelle miljø og baggrund, ressourcer og muligheder, som hun bruger i sin helhedsorienterede og individuelle vejledning af den enkelte familie. Forældrene kan i trygge rammer give udtryk for deres tvivl og bekymringer, hvilket de ikke ville gøre i større forsamling* (Læserbrev Fyns Amts Avis, 13.4 2010) [10].

Hjemmebesøget tillægges således flere betydninger. Dels opfattes hjemmet som den bedste mulighed for at observere familien (og dermed barnet) og i forlængelse heraf for at

[9] Det fremgår ikke klart, hvad begrebet ”funktionsundersøgelse” dækker over. Begrebet er f.eks. ikke beskrevet i Center for Forebyggelses terminologi (2005).
[10] Læserbrevet er skrevet af en sundhedsplejerske.

foretage den faglige vurdering af netop denne families udfordringer og behov, og dels anses hjemmet for at være det sted, hvor sundhedsplejersken bedst muligt kan rådgive og vejlede forældrene med afsæt i denne observation og vurdering med henvisning til og begrundet i forældrenes oplevelse af tryghed. Endeligt fremstilles hjemmebesøget som noget, der har en kvalitet i sig selv.

Den (u)mulige konsultation

Mens hjemmebesøget gennem mere end 75 år har været den foretrukne strategi, er konsultation en forholdsvis ny strategi i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i forhold til børn under ét år og deres familie. Strategien i sig selv er ikke ny i sundhedsplejen, idet sundhedsplejersker arbejder med konsultationer i skolesundhedsplejen. Det nye er, at konsultation er blevet introduceret som en metode i spædbørnssundhedsplejen.

Betegnelsen konsultation er muligvis en uhensigtsmæssig betegnelse, da dette begreb kan give anledning til flere forskellige forståelser. I den psykologiske litteratur kan begrebet konsultation referere til forskellige faglige forholdemåder, f.eks. i form af autoritativ konsultation, som har fokus på ekspertbistand i form af faglig vidensformidling, vejledning og rådgivning, eller faciliterende konsultation, der tilstræber at skabe en, hvor enkeltpersoner, grupper eller organisationer får faciliteret et udviklingsbehov (K. V. Hansen, 2005). Begge disse faglige forholdemåder har en vis relevans i sundhedsplejerskens arbejde med børn under ét år og deres familier.

I denne afhandling anvendes begrebet konsultation ikke med henvisning til forskellige forholdemåder, men derimod som et begreb, der beskriver den arena[11], hvor sundhedsplejerskens sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn under ét år finder sted som en formel, individuel aftale på en lokalitet, der ikke er familiens eget hjem. Mens sundhedsplejerskers arbejde med konsultation i et sundhedshus eller sundhedscenter som tidligere nævnt er et velkendt fænomen i de øvrige nordiske lande, er det et forholdsvist nyt fænomen i Danmark.

Konsultation som en mulig strategi i danske sundhedsplejerskers arbejde blev præsenteret for første gang i artiklen *Hjemmebesøg – en hellig ko i Danmark?* (Bülow & Jakobsen), publiceret i 2008 i fagbladet Sundhedsplejersken. Denne artikel beskriver det første

[11] Arenabegrebet er inspireret af publikationen: Hjemmet som arena for forebyggelse (Henriksen & Hendriksen, 2005).

officielle danske projekt[12], hvor konsultation optræder som en mulig metode, der kan supplere hjemmebesøg og dermed indgå som en strategi i sundhedsplejerskers arbejde med børn under ét år. Artiklen udgør et af ganske få danske eksempler på konsultation som metode, der kan opspores inden for det sundhedsplejefaglige felt gennem litteratursøgning og søgning på internettet.

I artiklen beskriver to sundhedsplejersker et pilotprojekt, hvor de inspireret af et studiebesøg i Sydney, Australien, har arbejdet med konsultationer som supplement til hjemmebesøg på en såkaldt børnesundhedsklinik. Begrundelsen for pilotprojektet og introduktionen af konsultation som metode knyttes dels an til et ønske om metodeudvikling i sundhedsplejen og dels til en forestilling om en mere hensigtsmæssig ressourceudvikling i det daglige arbejde.

Som artiklens titel antyder, har dette pilotprojekt imidlertid ikke været helt ukompliceret. Det beskrives f.eks.:

> *Kollegaerne var betænkelige ved at røre ved hjemmebesøgene. De frygtede, at vi savede den gren over, vi sad på, og overså nogle familier med problemer, hvis vi ikke aflagde alle besøgene i hjemmet* (Bülow & Jakobsen, 2008, s. 30).

Tilsyneladende læste kollegerne konsultation som en markant forandring af praksis, der forringer muligheden for at udføre arbejdet på forsvarlig vis og med risiko for en forringelse af kvaliteten på den ene side og som en væsentlig trussel mod selve faget på den anden side.

Introduktionen af konsultation som en mulig strategi i sundhedsplejerskers arbejde har givet anledning til passionerede diskussioner inden for det sundhedsplejefaglige felt. I disse diskussioner er hjemmebesøget bl.a. blevet ”forsvaret” med noget, der kunne ligne krigsmetaforer, som f.eks. ”værne om” og ”kæmpe for”:

> *I Danmark bør vi værne om muligheden for at anvende en unik metode, som giver os en god relation med familien (mor og far), som giver mulighed for at opspore tidligt, og dermed hjælpe barn og familie til en tidlig indsats, hvor dette er nødvendigt* (Hede, 2010b).

[12] Det er her en pointe, at konsultation godt være en konkret praksis i kommunerne, selv om det ikke er beskrevet i offentligt tilgængelige medier som f.eks. hjemmesider eller rapporter.

Opfordrer alle til at kæmpe for sundhedsplejens værdier og metoder
(Facebookgruppen Sundhedsplejersken, 2010)

Desuden synes hjemmebesøgets status at blive opretholdt og styrket gennem alliancer med ”forskning”. Som et eksempel herpå kan nævnes, at de respektive oplæg på temaeftermiddagen for sundhedsplejersker, *Hjemmebesøg – hvad siger forskningen*, arrangeret af Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, og afholdt d. 26.10.2011 på Aarhus Universitet, indikerede, at intentionen med denne temaeftermiddag ikke var at stille spørgsmålet *om*, hvorvidt forskning kunne sige noget (positivt) om hjemmebesøg. Det synes at blive taget for givet. Derimod var formålet at rejse spørgsmålet, *hvad* forskningen kan sige, som positivt understøtter hjemmebesøgets gavnlige effekt set i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse blandt børn under ét år (Institut for Folkesundhed Afdeling for Sygeplejevidenskab, 2011).

I debatten er de nye metoder primært blevet fremstillet som en *erstatning* for, ikke som et *supplement* til, hjemmebesøg, og det kan naturligvis ikke umiddelbart afvises, at det kan forholde sig sådan. Den primære pointe er imidlertid, at der er bestemte perspektiver, som har opnået en særlig status, og dette bidrager til at fastlægge bestemte rammer for, hvad der kan siges, og hvad der ikke kan siges inden for og på vegne af feltet.

Som det vil fremgå af kapitel 2, kan man med et feministisk materialistisk perspektiv bl.a. få øje på, hvordan bestemte kategoriseringer og valg bliver til i en fortløbende ”intra-aktion”, at dette altid sker på bekostning af andet/andre, samt at de foretagne valg altid har reelle konsekvenser.

I forhold til denne *case*, som afhandlingen tager sit udgangspunkt i, oplever nogle af (men ikke alle) de kommuner og sundhedsplejersker, som har bidraget til produktionen af det empiriske materiale, og som konkret arbejder med nye metoder, at de bliver ”hængt ud” og uretfærdigt behandlet, samt at såvel de som deres arbejde konsekvent bliver udstillet i et ugunstigt lys på et forkert grundlag, og at det sker uden, at de får en reel mulighed for at tage til genmæle.

Forskningens bidrag

Som tidligere nævnt trækker afhandlingen på indsigter fra bl.a. STS. I STS handler god forskning om at stille nogle interessante spørgsmål, som netop gør det muligt for de

studerede fænomener at komme til orde og vise nye sider af sig selv. Det betyder, at forskningsobjekterne skal have mulighed for at yde modstand på måder, så forskeren lærer noget nyt (Latour, 1999b; Stengers, 1997).

I forlængelse af dette bliver det en væsentlig ambition i dette projekt at studere sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelser på måder, som ikke blot gengiver det, som feltet tager for givet, men som også åbner mulighed for at studere det, som tages for givet fra nogle nye vinkler. Som konsekvens heraf har jeg valgt at undersøge, hvordan sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelser kommer til syne ikke blot i arbejdet med hjemmebesøg men også i arbejdet med konsultation som metode og ikke mindst i mødet mellem de to forskellige strategier i børnesundhedsarbejdet.

Undervejs i projektet har jeg erfaret, hvordan mit valg af en sådan tilgang har givet anledning til nogen uro og bekymring inden for det sundhedsplejefaglige felt. Mine oplevelser understreger (igen), at projektet berører noget vigtigt og væsentligt, hvilket bidrager til at gøre det interessant. Mine oplevelser fremhæver imidlertid også, at jeg med min tilgang til projektet griber ind i og berører noget, som er sårbart set fra et sundhedsplejefagligt perspektiv.

Det er således væsentligt at understrege (ikke mindst over for det sundhedsplejefaglige felt), at jeg med denne forskning ikke er i stand til (og heller ikke ønsker) at udråbe hverken det unikke hjemmebesøg eller den (u)mulige konsultation som den mest hensigtsmæssige strategi i forhold til at nå det formulerede formål med de forebyggende sundhedsydelser for børn under ét år og deres forældre. Mit ærinde er udelukkende at blive klogere på faglig identitet og selvforståelser, ikke på metoderne i sig selv.

Interessen for at undersøge sygeplejerskers (og dermed også sundhedsplejerskers) faglige identitet og selvforståelser er ifølge Aranda & Jones (2008) ofte udledt af bekymring, af oplevelser i form af truende fare eller oplevelser af tab af kernen i den faglige identitet. En sådan bekymring kan f.eks. læses ud af nedenstående citat:

> *Vi lever i et moderne land med velfærd og teknologi, som kan sikre næsten alle nyfødte børn en god start i livet. Regeringen har skruet ned for velfærden, og i kommunerne agerer ledere på alle niveauer ikke, som om dette var et fælles ønske. Her hersker der konstante sparerunder og nedskæringer i de offentlige budgetter, som blandt andet skal sikre forebyggelse og sundhedsfremme for alle børn. Det kan koste menneskeliv – lidelse – og varige mén for de små nye verdensborgere, som bliver født i disse år* (Hede, 2010a).

Som det fremgår, er sundhedsplejerskernes bekymring ikke umiddelbart rettet mod en kamp for at fastholde egen position, men snarere mod de potentielle effekter, politisk-økonomiske dagsordner kan have set i forhold til børns sundhed og trivsel. Andrews & Wærness (2011) finder også, at sundhedsplejerskers opfattelse synes at være, at arbejdets indhold er langt mere betydningsfuldt end opretholdelsen af et monopol. På den baggrund mener Andrews og Wærness ikke, at de eksisterende professionssociologiske teorier kan indfange og forklare det, de kalder kvindelige deprofessionaliserings-processer (Andrews & Wærness, 2011). Jeg vil vende tilbage til denne pointe i kapitel 5, hvor forskningens genstand vil blive udfoldet og præciseret.

Ph.d.-projektet, som afhandlingen formidler, er blevet til i samarbejde mellem Aarhus Universitet og Professionshøjskolen Metropol med forventning om et fokus, der retter sig mod "Udvikling af professionsuddannelse som organisatorisk læring". I forlængelse af dette kan projektet trække tråde, som går i (mindst) tre retninger, og dermed knytte an til forskellige interesseperspektiver som f.eks.: selve sundhedspleje-faget, uddannelsen og den/de uddannelsesinstitution(er)[13], som udbyder den, forskningsfeltet Organisation og Læring osv.

I det følgende vil jeg redegøre for projektets relevans set i forhold til Professionshøjskolen Metropol samt for, hvordan projektet taler ind i forskningsfeltet Organisation og Læring.

Relevans i forhold til specialuddannelsen til sundhedsplejerske

Professionshøjskolen Metropol er den ene af to udbydere af den danske sundhedsplejerskeuddannelse. Den nuværende uddannelse, som i 2012 afløste den tidligere (diplom)uddannelse til sundhedsplejerske[14], er en halvandenårig

[13] Sundhedsplejerskeuddannelsen udbydes på to danske uddannelsesinstitutioner: VIA University College i Aarhus samt Professionshøjskolen Metropol i København.

[14] Sundhedsplejerskeuddannelsen blev frem til nedlæggelsen af Danmarks Sygeplejehøjskole betegnet som en diplomuddannelse til sundhedsplejerske. Da uddannelsen blev virksomhedsoverdraget til Jysk CVU med forlagt undervisning på CVU Øresund, blev uddannelsens titel ændret til "Uddannelse til sundhedsplejerske".

specialuddannelse. Optag på specialuddannelsen forudsætter dels dansk autorisation[15] og dels bestemte kliniske erfaringer[16] som sygeplejerske.

Formålet med specialuddannelsen er:

> *At sygeplejersken udvider sin faglige kompetence med henblik på at varetage funktionsområdet for en sundhedsplejerske, som det fremgår af sundhedslovens kapitel 36, forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge samt Sundhedsstyrelsens vejledning på området* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011b, § 1).

I Strategi 2020 fremhæver Professionshøjskolen Metropol, at en af ambitionerne er, at de, som uddanner sig på Metropol – efter endt uddannelse – skal kunne beskrives som innovative fagprofessionelle med stærk identitet. Desuden vil uddannelsesinstitutionen bestræbe sig på at være *en aktiv medskaber og fornyer af de dele af samfundet, som vi uddanner til og sammen med* (Professionshøjskolen Metropol, 2014).

Professionshøjskolen Metropol ønsker således ikke blot at forholde sig til den dynamik og de bevægelser, som udfordringerne i den aktuelle velfærdsstat producerer i forhold til det faglige arbejde, men ønsker at påtage sig en aktiv rolle i forhold til disse bevægelser, bl.a. gennem uddannelsen af fagprofessionelle med en stærk faglig identitet. I den forstand ligger dette projekt i naturlig forlængelse af og er relevant i forhold til såvel sundhedsplejerskeuddannelsen som Professionshøjskolen Metropols strategi (Professionshøjskolen Metropol, 2014).

I studiet af professioner har interessen især været rettet mod at forstå, hvad der konstituerer og definerer en profession, samt de processer, der bidrager til at etablere og opretholde professioners positioner (se f.eks. Abbott, 1988; Freidson, 2001; Saks, 2012). Med en sådan tilgang undertrykkes imidlertid fluiditeten af professionsidentitet set i lyset af en foranderlig arbejdskontekst (Evetts, 2003), og professionsforskningen kan derfor

[15]Den danske autorisation som sygeplejerske er sammen med specialuddannelsen en forudsætning for at kunne fungere som sundhedsplejerske.

[16] Klinisk erfaring fra ansættelse som sygeplejerske svarende til mindst 2 års fuldtidsansættelse inden for minimum to af følgende områder, heraf mindst et ansættelsesforløb af 8 måneders varighed: Svangre- og barselpleje, Neonatalogi, Pædiatri, Børne- og ungdomspsykiatri, Lægekonsultation og Hjemmesygepleje (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011b).

kun bidrage lidt i forhold til at udforske og forstå, hvordan professionens egne udøvere forstår og fortolker deres faglighed, samt hvordan denne faglighed udspiller sig og kommer til udtryk i en arbejdskontekst (Andrews & Wærness, 2011; Evetts, 2003; Snelgrove, 2009). Dette understreger betydningen af og begrunder det organisatoriske perspektiv, som denne afhandling tager sit afsæt i.

Relevans i forhold til feltet Organisation og Læring

> ***From a performative (or practice-based) perspective organizational learning is a practice that is carried out in socio-material contexts, in particular ways. To know and learn involves the material world (including the human body) as much as it involves the mind*** **(Carlile, Nicolini, Langley, & Tsoukas, 2013, s. 2)**

Organisatorisk læring (OL) er et omfattende felt, som er orienteret mod studier af:

> *The learning processes of and within organization, largely from an academic point of view. The aims of such studies are therefore primarily to understand and critique what is taking place* (Easterby-Smith & Lyles, 2011, s. 3).

Dette projekt knytter primært an til OL feltet gennem undersøgelsen af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser som et forhold mellem identitet i en arbejdssammenhæng på den ene side og organisatorisk forandring på den anden side i en tid, hvor rigets fattes penge. I det følgende præsenteres nogle eksempler på, hvordan der kan tales om identitet og forandring i OL feltet.

Social identitet – organisatorisk identitet

Social identitetsteori (SIT)[17] tager afsæt i forståelsen af, at individer konstruerer sig selv som havende nogle essentielle karakteristika, som der henvises til, når de definerer deres selvforståelser (Self-Concept), og at de er engagerede i fortolkninger og praksisser med henblik på at bekræfte kontinuiteten i disse selv-billeder over tid og sted. Social

[17] Begrebet social identitet er oprindeligt udviklet af Henri Tajfel og John Turner, som tilbyder et social-psykologisk perspektiv på identitet. Turner definerer begrebet social identitet som: *The cognitive mechanism which makes group behavior possible* (Turner, 1982, s. 21).

identitetsteori retter også fokus mod, hvordan individer har en tendens til at fastlægge og fremhæve deres særpræg i forhold til andre (Tajfel & Turner, 1985).

Med SIT bestemmes selvforståelser dermed som noget, der skabes i interaktion mellem den personlige identitet, som omfatter de særegne karakteristika, der knytter sig til individet, f.eks. evner, interesser, psykologiske og kropslige træk, og den sociale identitet, som omfatter de fremtrædende gruppeidentifikationer (Ashforth & Mael, 1989). En social identitet henviser dermed til den gruppekategori, som et individ identificerer sig med, f.eks. firma, afdeling, beskæftigelse, køn, nationalitet, etnicitet og alder (Alvesson, 2000; Ashforth & Mael, 1989; Tajfel, 1982; Tajfel & Turner, 1985), og især nationalitet og erhverv kan fremhæves som specielt relevante og væsentlige kilder til social identitet (Child & Rodrigues, 2011).

En organisatorisk situeret social identitet kan bestå af mere eller mindre ensartede og løst koblede identiteter, som arbejder i forskellige sociale domæner. Dette indikerer, at individer opretholder multiple identiteter. I betragtning af antallet af grupper, som et individ kan tilhøre, består hans eller hendes sociale identitet formentlig af en sammenblanding af identiteter, som kan stille personen overfor nogle uforenelige krav. Disse krav kan desuden være i konflikt med dem, som ligger i individets personlige identitet. Det bemærkelsesværdige er her, at det ikke er identiteterne som sådan, der er i konflikt med hinanden, men derimod de værdier, overbevisninger, normer og krav, som er forbundet med de respektive identiteter (Ashforth & Mael, 1989).

Umiddelbart synes der at være mange ligheder mellem begreberne individuel identitet og organisatorisk identitet[18]. På samme måde som individer opretholder organisationer også deres identitet gennem interaktion med andre organisationer og gennem en sammenligningsproces på organisatorisk niveau. Organisationer er optaget af i visse sammenhænge at fremtræde som det samme som andre organisationer, mens de i andre sammenhænge er optaget af at adskille sig fra andre. Det synes især at være sidstnævnte, dvs. at adskille sig fra andre, som synes at være relevant, når man retter sit fokus mod organisationer. Her er den væsentlige pointe ikke, om organisationen rent faktisk er

[18] Begrebet organisatorisk identitet er oprindeligt udviklet af Albert og Whetten, som i slutningen af 70-erne begyndte at arbejde med henblik på at forstå nogle konkrete selvoplevede fænomener på deres arbejdsplads, University of Illinois, i en periode, som var præget af økonomisk turbulens. Universitetet oplevede pludselig økonomiske stramninger for første gang, og dette gav anledning til en række intensive og følelsesladede diskussioner mellem de enkelte fakulteter. Selv om der hverken var tale om lukning af fakulteter eller fyringer, blev situationen oplevet som et anslag mod såvel organisationen som det individuelle medlemskab af denne (Whetten, 1998).

speciel. Pointen er derimod, at organisationens medlemmer selv tror på det, fordi de dermed engagerer sig i fortsatte bestræbelser på at opretholde og fremme en fælles idé om en særlig, kollektiv identitet (Gioia, 1998).

Ligesom individer kan organisationer fremvise multiple identiteter, og det er netop tanken om multiple identiteter, der muligvis kan fremhæves som en væsentlig forskel mellem individer og organisationer. En organisation anerkendes typisk for at være en kompleks enhed bestående af en række adskilte komponenter, og det forventes, at den kan udspille forskellige identiteter i forskellige sammenhænge. Frem for at disse multiple identiteter knytter an til forhold som f.eks. køn, race, rolle osv. udvikler og vedligeholder organisationer kerneværdier, praksisser samt produkter og/eller service (Gioia, 1998).

En væsentlig begrebsmæssig forskel mellem individuel og organisatorisk identitet handler dermed om stabiliteten eller holdbarheden af identitet. På det individuelle niveau fremtræder personlig identitet ofte som noget, der er stabilt, mens organisationer har en langt mere flydende identitet. Organisationer er i stand til at ændre aspekter ved identitet hurtigere og nemmere end individer. Individuelle identiteter er ikke immune over for de omgivende processer, men hvor individuel identitet er en social konstruktion især rettet mod opretholdelsen af en central stabilitet, er organisatorisk identitet i højere grad konstrueret med henblik på at kunne tilpasse sig det ustabile. Dette må anses for at være en nødvendighed i forhold til organisationens kontinuerlige opretholdelse. Det underliggende tema er således identiteternes forsøg på at afbalancere henholdsvis stabilitet og flydende tilstand (Gioia, 1998).

Uanset, om der optræder en følelse af harmonisering eller uoverensstemmelse, så bliver identitet genovervejet og rekonstrueret (og dermed til en vis grad destabiliseret), når organisationsmedlemmer konfronteres med konsekvenserne af andres syn på deres organisation. Identitetens ustabilitet kan ses som en tilpassende proces forstået på den måde, at den tillader organisationen at forholde sig til de omgivende krav frem for selv konstant at gennemgå forandringer (Gioia, Schultz, & Corley, 2000). En organisatorisk identitet, som er i stand til at tilpasse sig skiftende opfattelser samtidig med en opretholdelse af følelsen af kontinuitet, bidrager til organisationens fortsatte evne til at agere i forhold til de skiftende forventninger, som optræder i samspillet med et omskifteligt miljø (Corley, Gioia, & Nag, 2011).

Med begrebet organisatorisk identitet medinddrages således det, som ligger uden for organisationen selv, samt interaktionen mellem organisationen og dette ”andet”, som

noget der opfattes som betydningsfuldt set i forhold til organisationens opretholdelse, overlevelse og fortsatte liv. Herved fremhæves betydningen dels af tilpasning i form af en afbalancering mellem organisationens evne til at skabe stabilitet og forandring og dels af forholdet mellem det særlige og det samme, dvs. organisationens evne til såvel at fremhæve sin egenart som til at skabe genkendelighed udadtil. I forlængelse heraf kan introduktionen af konsultation i afhandlingens grundlæggende *case* læses som sundhedsplejerskernes bestræbelser på at udføre den samme opgave, men at gøre det på nye måder, der måske nok ligner eller kunne ligne lægers og jordemødres konsultationer, men som i sundhedsplejerskernes egen forståelse skal være noget andet end det.

Organisatorisk forandring

Aranda & Jones (2008) hævder, at en tilgang, der anerkender identitet og subjektpositioner som noget, der er gensidigt konstituerede gennem organisatoriske forandringer, vil gøre det muligt at udarbejde en uddybet teoretisk informeret forståelse af den kompleksitet og tvetydighed, som knytter sig til tilblivelser, opretholdelse, forandringer osv. af identitet og subjektpositioner. Med afsæt i et sådan perspektiv kan de performative analyser i denne afhandling ses som et bidrag til, at praktikere får mulighed for at læse forholdet mellem identitet og forandring på andre og mere udfoldede måder, end et udgangspunkt i en essentialistisk, fælles forståelse af kernen i faget kan byde på. Begrebet organisatorisk forandring gør op med en sådan forståelse, idet faglige selvforståelser i dette perspektiv viser sig at fremstå som ustabile, modsætningsfyldte og konstant åbne for nye definitioner (Aranda & Jones, 2008). Herved lægger Aranda & Jones sig i forlængelse af Orlikowski (1996) forståelse af forandring.

Orlikowski finder, at forskningen i organisatorisk forandring har været domineret af bestemte antagelser om stabilitet, rutine og orden, hvor forandring har været opfattet som noget sjældent - som noget særligt - frem for at være et normalt vilkår i organisationens liv. Herved forsømmes det, som med afsæt i Mintzberg kan kaldes fremspirende forandring. Orlikowski refererer her til Mintzbergs skelnen mellem fremspirende forandringer (*emergent changes*) og bevidste forandringer (*deliberate changes*)[19].

Mens bevidst forandring er realisering af nye mønstre, der fremtræder præcist som planlagt, så refererer fremspirende forandring til nye organiseringsmønstre, som kommer til syne uden eksplicitte, forudsagte intentioner. Fremspirende forandring kan

[19] Orlikowski henviser til H. Mintzberg (1979); H. Mintzberg (1987).

udelukkende realiseres i praksis og kan ikke forudsiges eller planlægges[20]. Orlikowski er fortaler for et perspektiv, som postulerer, at et udgangspunkt i forandring frem for i stabilitet som grundlag for studiet af organisatorisk liv kan tilbyde en mere frugtbar tilgang til at undersøge og forklare forandring i nutidige organisationer[21].

Forståelsen af forandring som vedvarende improvisationer er i tråd med det fokus på situeret handling, praksisforskere som f.eks. Jean Lave (1988) tager afsæt i. Perspektivet på organisatorisk transformation som situeret forandring er forankret i antagelser om handling, ikke om stabilitet. Organisationer er grundlagt med afsæt i organisationens medlemmers vedvarende handlinger, og de har ingen eksistens uden disse handlinger (Orlikowski, 1996) [22].

Tsoukas og Chia er ligeledes fortalere for en forståelse, hvor forandring anerkendes som noget vedvarende - en løbende proces i organisationer (Tsoukas & Chia, 2002). Dette betyder ikke, at organisationer forandrer sig konstant som følge af udefrakommende påvirkninger, men at opmærksomheden rettes mod forandring som en vedvarende proces i organisationer. Forandring synes således overalt i organisationer og organisatorisk overlevelse at være afhængig af organisationens tilpasnings- og forandringsevne (Corley et al., 2011; Tsoukas & Chia, 2002).

Empirisk forskning gennem et intervenerende og eksperimenterende design

Det indledende citat i dette kapitel peger hen imod opfattelsen af en fælles, essentialistisk forståelse af sundhedsplejerskers faglige identitet. En sådan forståelse af identitet trækker ifølge Aranda & Jones (2008) på dominante liberale humanistiske forståelser af selvet og på forståelsen af subjektivitet som noget, der er fælles og essentielt fastsat. I forlængelse af dette sætter de spørgsmålstegn ved antagelsen af, at sygeplejersker (og dermed også sundhedsplejersker) trækker på en sådan sammenhængende eller ens forståelse af deres faglige identitet.

Med Aranda & Jones' forslag om at antage et ikke-essentialistisk perspektiv tager afhandlingen således ikke udgangspunkt i en forståelse af sundhedsplejersker som personer, der trækker på en sammenhængende og fælles forståelse af den faglige kerne og

[20]Orlikowski henviser her til H. Mintzberg and Waters (1985).
[21] Orlikowski fremhæver, at dette perspektiv især er en magtfuld analysestrategi, når man skal undersøge og forklare teknologibaserede organisatoriske transformationer.
[22] Orlikowski henviser her til Giddens (1984).

identitet. Derimod udforskes sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelser gennem teori og metoder, der forstår identitet som noget flydende og foranderligt og som noget, der kontinuerligt skabes og genskabes i sociale sammenhænge og særligt i arbejdssammenhænge. Her har performative indsigter med rod i poststrukturalistisk teori, især Science, Technology and Society (STS) og feministisk materialisme, vist sig at være frugtbare set i forhold til ambitionen om at udvikle empirisk viden om sundhedsplejerskers faglige selvforståelser.

Med afsæt i en performativ tilgang forstås ”mentale” aktiviteter i organisationer som f.eks. betydningsdannelse, viden, læring, opfattelse og i forlængelse heraf også faglig identitet og selvforståelser ikke blot som noget, der er situeret i et idemæssigt rige, men også som noget, der i høj grad er filtret ind i og sammen med de sociomaterielle praksisser, gennem hvilke de selv er konstitueret (Carlile et al., 2013).

Med et performativt perspektiv følger forpligtelsen til at bidrage med interessant forskning og at gøre dette på baggrund af metoder, som tager højde for og er følsomme over for performativiteten. I et performativt perspektiv er fokus ikke rettet mod *hvad* eller *hvem*, der truer med at save hvilken gren over. Derimod er fokus rettet mod at udforske de bevægelser, processer, interaktioner osv., som skaber betingelser, muligheder og udfordringer i det daglige arbejde samt effekterne heraf.

Diskussionerne om hjemmebesøg og konsultation som strategier i forhold til at nå formulerede sundhedsmål i det daglige arbejde med børn under ét år og deres familier opfattes i afhandlingen som et oplagt fænomen i forhold til at studere konstitueringer af sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelser som materielt-diskursive praksisser.

Disponering af afhandlingen

Resten af afhandlingen er disponeret således, at der i de næste to kapitler redegøres for analysestrategien i form af overvejelser og implikationer set i relation til valget af det performative perspektiv. I kapitel 2 præsenterer jeg det teoretiske afsæt, mens kapitel 3 handler om produktion af det omfattende empiriske materiale, som arbejdet med projektet har givet anledning til. Det skal i øvrigt her bemærkes, at hvert kapitel fra og med kapitel 4 har fået en underoverskrift, som stammer fra det empiriske materiale, samt at de enkelte afsnitsoverskrifter i kapitel 6, 7 og 8 også er hentet i dette materiale. Dette er valgt for at understrege, at projektet først og fremmest er et empirisk projekt.

Kapitel 4 introducerer det sundhedsplejefaglige felt gennem et historisk tilbageblik på såvel den opgave, sundhedsplejersker er uddannet og ansat til at varetage, som på etableringen af selve faget sundhedspleje, mens kapitel 5 skal bidrage til at udfolde og præcisere forskningens genstand ”sundhedsplejerskers faglige selvforståelser” som en optakt til de egentlige analyseafsnit.

I de tre kapitler 6, 7 og 8 præsenteres det egentlige forskningsbidrag i form af performative analyser. Mens kapitel 6 retter sig mod mulige besvarelser af det første forskningsspørgsmål: *Hvordan fremstilles ”god sundhedspleje-faglighed” i sundhedsplejerskers forståelse?* så er kapitel 7 og 8 orienteret mod afhandlingens andet spørgsmål: *Hvordan kommer sundhedsplejerskers faglige selvforståelser til syne i mødet med den potentielt nye strategi, konsultation, i det sundhedsplejefaglige arbejde med børn under ét år?*

Endeligt samles trådene i kapitel 9, det afsluttende diskussions og konkluderende kapitel.

Kapitel 2

Analysestrategiske overvejelser og valg

I dette kapitel præsenteres de analysestrategiske overvejelser og valg, mens jeg i det efterfølgende kapitel vil redegøre for, hvordan disse analysestrategiske overvejelser har betydning og slår igennem set i relation til den anvendte metode og produktionen af empiri.

De analysestrategiske overvejelser og valg i forhold til arbejdet med afhandlingens forskningsspørgsmål knytter indledningsvis an til en læsning af STS med henblik på analytiske konsekvenser af et performativt perspektiv. Det teoretiske afsæt tages især i ANT samt i Karen Barads Onto-Epistemologiske Teori, Agential Realism[23]. Såvel ANT som Agential Realism har rødder i poststrukturalisme og STS.

ANT er:
Den vel nok mest kendte teoretiske og metodologiske konstruktion inden for STS **(Nickelsen, 2009, s. 53)**.

Indledningsvist redegøres for ANT med særligt fokus på begreberne netværk, aktør samt kernebegrebet translation. Med translationsbegrebet følges det i den tidlige eller traditionelle forståelse af ANT, hvordan bestemte aktører opnår en særlig styrke ved at knytte sig til og stå i forbindelse med andre aktører, samt hvordan disse bestemte aktører herigennem opnår retten til at tale på vegne af andre.

For at supplere og udvide den performative analyse med et begrebsapparat, der åbner mulighed for at udfolde, hvordan denne translation rent faktisk udspiller sig, inddrages Karen Barads teori, Agential Realism. Med nøglebegrebet ”intra-action”, som retter opmærksomheden mod den gensidige konstituering af sammenfiltrede praksisser, samt begreberne ”Agential Cuts” og ”Exteriority-from-Within” viser Barad mulige veje til analytisk at tænke i, hvordan verden udfolder sig på særlige måder, når ting bliver sat sammen på bestemte måder.

[23] I mine bestræbelser på at undgå alt for store forskydninger i forbindelse med en oversættelse fra engelsk til dansk har jeg valgt primært at fastholde Barads engelske betegnelser i afhandlingen.

Science and Technology Studies (STS)

STS er studiet af videnskab og teknologi i en social kontekst. Den fælles forskningsinteresse i STS feltet er grundige, situerede og empiriske studier af den moderne teknologi og videnskab og deres sociale, kulturelle, kognitive og politiske muligheder og betingelser i forskellige spatiale og temporale sammenhænge (Law, 2004; Nickelsen, 2009).

Den grundlæggende antagelse i STS er, at videnskabelig viden og teknologier ikke udvikles i et tomrum uafhængigt af andre faktorer. I stedet opfattes de som deltagere i en social verden og som noget, der bliver formet af denne, og som former den på samme tid. STS argumenterer således for, at videnskab er et sæt praksisser, som skabes af deres historiske, organisatoriske og sociale kontekst, samt at videnskabelig viden er noget, som er konstrueret inden for disse praksisser (Law 2004). Dermed kan videnskab og samfund ikke adskilles. De er afhængige af det samme grundlag (Latour, 1998), og da videnskabelige redegørelser producerer den kontekst, som de er afhængige af i forhold til at være relevante og valide, udspringer effekten af disse redegørelser af aktioner i de sociotekniske netværk, som samtidig konstituerer deres fakticitet (Licoppe, 2010).

STS tager således afsæt i en performativ forståelse af forholdet mellem teknologi, videnskab og det sociale, og med det performative perspektiv introduceres også betydningen af at ”se” sit studieobjekt på måder, som søger at undgå det, Donna Haraway kalder ”Gudetricket” (Haraway, 1988).

At ”se” med et performativt blik

Den amerikanske biolog og postfeminist, Donna Haraway, er en fremtrædende feministisk forsker i STS-feltet, som i forbindelse med sin forskning (i lighed med andre feministiske forskere) har beskæftiget sig med antagelserne om den grundlæggende uproblematiske relation mellem på den ene side en forventning om forskerobjektivitet og på den anden side på selve det ”at se”.

”Gudetricket” er et udtryk for forestillingen om, at en forsker er i stand til at se genstanden for sin forskning med et ude-fra-og-ind eller et oppe-fra-og-ned blik, hvor alt kan ses, men som på samme tid er/bliver et blik ingen steder fra. Ved at antage et sådan

blik tages ikke højde for, at forskerens blik altid dels er en del af en krop og dels er et blik et sted fra. Det, man ser med, herunder forskerens egen forståelse, erfaringer, følelser og de valgte teorier og metoder osv., er indlejret i det apparat, forskeren opstiller, og som på den ene side er bestemmende for, hvad forskeren har mulighed for at, og på den anden side griber ind i og påvirker det, som studeres, på forskellige og uforudsete måder (Bramming, Gorm Hansen, Bojesen, & Olesen, 2012; Bramming, Gorm Hansen, & Olsen, 2009; Haraway, 1988, 1991).

Et ”Gudetrick” betyder, at forskeren herved undlader at tage ansvar for de effekter, som hans eller hendes repræsentation af feltet har eller kan få. I Haraways forståelse handler god forskning derfor om at undgå at indtage positionen som den neutrale, objektive forsker, der forestiller sig at kunne indtage en udefra position, hvor forskningsobjektet ikke berøres (Bramming et al., 2012; Bramming et al., 2009; Haraway, 1988, 1991).

Den postfeministiske forskningstradition forsøger at forholde sig konstruktivt til denne problemstilling og bestræber sig på at finde konkrete, praktiske måder at medtænke og arbejde med den i forskningen (Bramming et al., 2012). Det betyder, at forståelsen af interventionen i relation til det studerede med Haraway og et post-feministisk perspektiv skifter karakter fra at være en problemstilling, forskeren skal finde veje til at undgå, til i stedet at blive medtænkt som vilkår for forskning og som en indgriben i eller forstyrrelse af feltet, som tillader såvel felt som forsker at tænke anderledes om forskningens genstand (Bramming et al., 2012; Haraway, 1988, 1992). Haraway fastholder således blikket som noget, der er betydningsfuldt i og for forskning og fremhæver bl.a., hvordan det at gøre noget synligt i sig selv er en intervention eller et eksperiment. Det vil altså sige, at når jeg beslutter, at forskningens genstand skal være sundhedsplejerskers faglige selvforståelser, så har jeg allerede påvirket min undersøgelse af denne genstand.

Et performativt eksperiment kan siges at være god forskning, når det, der studeres, får mulighed for at gøre sig genstridigt og blive en aktør frem for at være en passiv overflade, som gøres til genstand for forskerens begrebsliggørelser og konstruktioner (Bramming et al., 2009; Despret, 2005; Haraway, 1991). I en sådan forståelse kommer objektivitet derfor til at handle om at se fra et sted og om at være situeret, kropsliggjort og ansvarliggjort. En sådan objektivitet opnås ifølge Haraway snarere gennem mange fortællinger flere steder fra frem for gennem én bestemt masterfortælling, hvilket således udgør det væsentligste argument for dette projekts undersøgelsesdesign.

Identitet og forandring

Med STS opfattes faglig identitet og selvforståelser som noget, der hele tiden skabes og genskabes i sociale netværk, hvor kilden til handling ikke kun er forbeholdt humane aktører. I forlængelse af dette er forandring ikke noget, der igangsættes gennem definerede, planlagte aktiviteter, men derimod noget, som er et naturligt forekommende og kontinuerligt fænomen, der både bidrager til at skabe, og som selv skabes gennem bestemte netværk.

Haraways forståelse af identitet retter sig først og fremmest mod de sociale og diskursive praksisser, som producerer, og som er bestemmende for konstruktionen af bestemte kategoriseringer og de mulige positioner, der er/stilles til rådighed for konstruktionen af et bestemt ”vi”. Dermed tager Donna Haraway afstand fra en forståelse af identitet som noget samlende, stabilt og essentialistisk og peger på, at et sådant identitetsbegreb forekommer at være modsætningsfyldt, delvist og strategisk (Haraway, 1991, s. 155). I stedet introducerer hun begrebet ”Fractured Identities”, som søger at indfange dels flertydighed og dels andethed, forskellighed og særlighed, ligesom hun fremhæver, at begrebet tilhørsforhold (*affinity*) måske kan vise sig at være et mere dækkende begreb end begrebet identitet.

I afhandlingen er mine forskningsbestræbelser rettet mod at ”se” sundhedsplejerskers faglige identiteter og selvforståelser som noget, der træder frem og bliver synligt i en arbejdskontekst. Som en konsekvens af Haraways forståelse af god forskning samt af betoningen af tilhørsforhold frem for identitet kan begrebet selvforståelser trækkes frem som noget, der i højere grad kan indfange og rumme forskningens genstand end begrebet identitet. Herved bliver det en særlig målsætning at kigge efter og på forskellighed i dette projekt frem for at lede efter enshed i studiet af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. Sidstnævnte vil jeg vende tilbage til senere i dette kapitel efter introduktionen af de to teorier, ANT og Agential Realism.

Aktør-netværksteori (ANT)

Aktør-netværksteori udspringer af et samarbejde mellem bl.a. den franske videnskabssociolog og antropolog, Bruno Latour, den franske sociolog Michel Callon og den engelske sociolog, John Law, i 1980-erne. Deres idé var at udvikle et begrebsapparat til at analysere situationer, hvor det er vanskeligt at adskille humane og non-humane aktører, og i hvilken aktøren kan antage variable former og kompetencer (Callon, 1999).

Med ANT ophæves dermed den analytiske skelnen mellem mikro og makro, mellem struktur og agens og andre dualismer, ligesom materialitet inddrages i analyserne som noget, der producerer effekter frem for at være årsager (Law, 1992)[24].

Videnskab og politik kan forstås ikke som forskellige og ontologisk adskilte aktiviteter, men kan heller ikke opfattes som fuldstændig sammenfaldende. I stedet tilstræbes en forståelse af videnskab og politik som to komplementære og gensidigt berigende praksisformer, der søger at undersøge og udforske samme problemområder, men som gør det gennem brugen af forskellige midler (Blok & Elgaard Jensen, 2009; Latour, 2004, 2008). På den måde gør ANT også op med forestillingen om den objektive, neutrale og interesseløse videnskab.

Der findes mange interne forskelligheder og uenigheder inden for ANT-feltet (Damsholt & Simonsen, 2009). ANT er således ikke et ensartet, samlet felt. Den klassiske eller traditionelle ANT undersøger dels, hvordan fakta bliver konstrueret, og dels, hvordan aktører definerer og ordner de elementer, hvorpå de bygger deres forståelser af verden, og hvorfra de forklarer den (Callon, 1986, 1999; Latour, 1986, 1987; Latour & Woolgar, 1986). Traditionelle ANT-studier udforsker dermed de strategier, som relaterer sig til forhandlinger og begrænsninger af aktørers identiteter, samt hvordan muligheden for interaktion og manøvrering opstår (Callon, 1986). Disse analyser præsenterer en redegørelse for, hvad der er opnået, samt bæredygtigheden eller stabiliteten af denne opnåelse.

I den videre udvikling af ANT, den såkaldte Post-ANT (Law, 1999), er interessen fokuseret mod anerkendelsen af mangfoldigheder og translationer af og mellem en række samtidige, sideløbende forhold. En post-ANT analyse udforsker således, hvordan praksisser med mange perspektiver skaber både udelukkelse og sammenhænge (Law, 2002; Mol, 2002; Moser & Law, 1999).

En mangfoldighedsorienteret ANT-analyse undersøger, hvordan multiple praksisser eksisterer samtidig. Fra dette perspektiv bidrager mangfoldige versioner til studiet af

[24] Umiddelbart er det vanskeligt at indplacere ANT i en traditionel videnskabsteoretisk sammenhæng. ANT og Latours tænkning er blevet fremstillet som socialkonstruktivisme (Blok & Elgaard Jensen, 2009), hvilket Latour selv finder misvisende. Det sociale kan ikke forklare fænomener, men skal selv forklares (Latour, 2008). Andre forskere beskriver ANT som beslægtet med en poststrukturalistisk tilgang (Roberts, 2012, s. 35). Med henvisning til bl.a. Michel Foucault og Jacques Derrida skelner Esmark et al. mellem socialkonstruktivisme og poststrukturalisme, som dermed forstås som selvstændige traditioner med mange lighedspunkter, men som når frem til deres pointer af forskellige spor (Esmark, Laustsen, & Andersen, 2005, s. 8).

fænomener som resultat af kompromisser og politiske valg knyttet til bestemte praksisser (Vikkelsø, 2007). Det mangfoldighedsorienterede perspektiv er ikke nødvendigvis en modsætning til klassisk ANT. Snarere synes det mangfoldighedsorienterede perspektiv i Vikkelsøs forståelse at kunne udvide og udbygge et fokus på sociomaterielle forbindelser og performativitet.

Netværk og aktør

Antagelsen i ANT er, at alt hænger sammen i en netværkslignende struktur. Alt er indbyrdes afhængigt og påvirker gensidigt hinanden. Principielt er der ingen forskel på aktører og netværk. Aktører er netværk, som fra et givet perspektiv har opnået stabilitet og forudsigelighed (Elgaard Jensen, 2003; Latour, 2005, 2008). Netværk skal dermed ikke forstås i en traditionel forstand som tekniske (f.eks. et kloak- eller telefonnetværk) eller som sociale netværk (der vedrører individuelle menneskelige aktørers sociale relationer). I ANT er netværk et analytisk begreb til at registrere og beskrive energi, bevægelse og specificitet. Et netværk er således ikke en ting i verden, men den registrerede bevægelse af en ting, og i en ANT-analyse er spørgsmålet således rettet mod, hvad der bevæger sig, og hvordan denne bevægelse registreres (Latour, 1996, 1999a, 2005, 2008).

> ***En brug af ordet 'aktør' implicerer, at det aldrig ligger klart, hvem og hvad der agerer, når vi agerer, eftersom en aktør aldrig befinder sig alene på scenen*** **(Latour, 2008, s. 69)**

Aktører eksisterer og agerer ikke alene. Da aktører desuden konstant bliver engageret af andre aktører, når grupper dannes og opløses, ligesom de også sig selv engagerer sig i fremskaffelsen af redegørelser for såvel egne som andres handlinger, så står det aldrig helt klart og tydeligt, hvem eller hvad der giver anledning til hvilken effekt (Latour, 2008).

Dermed er aktører noget eller nogen, der handler, eller som får aktivitet fra andre, og den/det kan derfor være hvad som helst, så længe den/det er kilde til en handling, hvilket betyder, at aktørbegrebet både omfatter humane og non-humane aktører (Latour, 1996). Aktør-effekten opnås ved, at netværk ordnes på bestemte måder, således at ét punkt i

netværket kommer til at tale eller virke på vegne af andre (Blok & Elgaard Jensen, 2009). Latour anvender i øvrigt begrebet ”aktant” for at betegne, at disse knudepunkter i netværket kan/skal tilskrives handling (Latour, 1996, 2008).

Metode – ikke teori

I en ANT-analyse er det ikke netværket i sig selv, der udforskes. Derimod undersøges, hvad der bevæger sig, og hvordan denne bevægelse registreres i et netværk (Latour, 1996, 2008). ANT er dermed et redskab til at spore forbindelser og forklare komplekse sammenhænge, og det grundlæggende i en ANT-redegørelse er at følge aktørerne ved at registrere forbindelser mellem ustabile og foranderlige referencerammer (Latour, 1996, 2008). Det undersøges, hvordan aktører mobiliserer, sidestiller og sammenholder forskellige dele ved at følge aktørernes tilbøjeligheder og aktioner, samt hvordan disse aktører for en tid er i stand til at fastholde den såkaldte translationsproces. Det interessante er især undersøgelsen af, hvordan netværk bliver i stand til at generere effekter som f.eks. organisationer, ulighed og magt (Law, 1992).

Arbejdet med netværk i en ANT-forståelse gør det muligt at bevæge sig ud over enkeltstående domæner, som f.eks. samfund, professioner og opgaver, og undersøge forbindelserne mellem dem og de effekter, som disse forbindelser producerer (Tresch, 2013). Dermed er ANT i højere grad en metode til at beskrive grupperingen af forbindelser frem for en egentlig teori om handling (Latour, 1996).

ANT bidrager med en analyse, som forstår og udforsker sammenhænge mellem årsag og virkning på en særlig måde. Frem for at starte med universelle love tages afsæt i at forene domæner, der på den ene side ikke er sammenlignelige eller forbundet, men som på den anden side heller ikke kan forstås og undersøges uafhængigt af hinanden (Latour, 1996). Det er ikke de humane aktørers intentioner og begrundelserne herfor, som er kernen i analysen, men derimod de effekter, som netværkets handlinger frembringer. Dette skal ikke forstås således, at humane aktører ikke har intentioner, men det henleder opmærksomheden på, at det ikke kan forudsiges, hvorvidt disse intentioner får betydning for/i sociale organiseringer, og hvilken betydning de eventuelt vil få. Effekter er således noget andet end og forskellige fra aktørernes intentionaliteter (Dupret Søndergaard & Krøjer, 2011; Latour, 2005, 2008). Intet kan på forhånd privilegeres, men alt må forklares ud fra de samme præmisser.

Translation

Translation er et kernebegreb, som beskriver, hvordan bestemte aktører opnår en særlig styrke ved at knytte sig til andre aktører, samt hvordan disse særlige aktører opnår retten til at tale på vegne af andre. Med fortællingen om kammuslingerne i St. Brieuce redegør Callon for en videnskabelig og økonomisk kontrovers omkring bestanden af kammuslinger med særligt fokus på nedgangen i denne bestand og på et konkret forsøg på at udvikle en bevaringsstrategi. Callon fortæller historien, som omfatter tre hovedaktører - marinebiologerne/forskerne, fiskerne og sidst, men ikke mindst kammuslingerne - ud fra tre marinebiologers/forskeres perspektiv.

Moments of Translation (Afgørende begivenheder)

Problematisering (Problematisation)

I forsøget på at tilkæmpe sig retten til at definere problemstillingerne søgte biologerne/forskerne at blive uundværlige i dramaet med henblik på, at de herefter kunne foreslå, hvordan problemerne kunne løses, hvis de øvrige aktører tilsluttede sig netop denne problemforståelses aktører.

Interessekonstruktion (Interessement)
Et udtryk, som Callon præsenterer for at redegøre for en række processer, gennem hvilke biologerne/forskerne forsøgte at fastholde de øvrige aktører i de roller, som forskerne havde udstukket for dem.

Indrullering (Enrolment)
En betegnelse for rækken af strategier, gennem hvilke forskerne forsøgte at definere og forbinde de forskellige roller, som de havde tildelt/udstukket for de øvrige aktører i dramaet.

Mobilisering (Mobilisation)
Beskriver en række metoder, som forskerne anvendte for at sikre, at de formodede talsmænd for forskellige relevante kollektiver var i stand til at repræsentere disse kollektiver og ikke forråde dem.
(Callon, 1986; Elgaard Jensen, 2003).

Callons pointe med historien er bl.a. at fremhæve, hvordan aktørerne er afhængige af hinanden og på samme tid har modstridende eller modsatrettede interesser. Vejen til at realisere den gode idé betyder således hårdt arbejde og kræver "oversættelse" og forskydninger i forhold til de respektive aktørers oprindelige perspektiver og interesser, og på trods det utrættelige arbejde er resultatet aldrig givet på forhånd.

Translation er en proces, aldrig en handling, som fører til fuldendelse, og det er en særlig pointe, at processen kan fejle. Callons fortælling om kammuslingerne i St. Brieuce ender f.eks. med, at fiskerne trodser forskernes forskrifter og tager på havet for at høste frugten af samarbejdet (Callon 1986).

Identitet og forandring

Med ANT studeres stabilitet og forandring som effekter af heterogene netværk (Nickelsen, 2009). I ANT har intet objekt således en essens, som er givet i kraft af sig selv. Et objekt defineres udelukkende af dets relationer til andre objekter i netværket (Law, 1992).

Dermed er identitet i et ANT-perspektiv en effekt af sociomaterielle relationer i et netværk. Identitet og forandring studeres som noget, der konstitueres gennem relationer mellem forskellige materialer i en praksis og gennem disse sociale relationer som noget i sig selv skiftende og foranderligt.

Med klassisk ANT har jeg i dette projekt i et historisk perspektiv fulgt sundhedsplejerskernes opgave: forebyggelse og sundhedsfremme set i relation til børn under ét år. Det betyder, at jeg i analyserne af sundhedsplejerskernes faglige selvforståelser ikke primært følger sundhedsplejerskerne og etableringen af sundhedspleje-faget, således som sundhedsplejerskers traditionelle historiefortælling ellers ville gøre[25]. Derimod følger jeg først og fremmest transformationer i forståelserne af sundhedsplejerskernes opgave over tid.

Denne fra et sundhedsplejerske perspektiv alternative historiefortælling har hjulpet mig til at se, ikke blot hvordan sundhedsplejerskeinstitutionen er blevet til og er blevet stabiliseret og opretholdt gennem et netværk bestående af humane og non-humane aktørers utrættelige arbejde, men også hvordan sundhedspleje som opgave eksisterede længe før sundhedspleje som fag. Med ANT-perspektivet læses såvel den alternative historiefortælling som transformationen af opgaven over tid som noget, der har effekter

[25] Se f.eks. Amlund (2008); Guldager (1992); Lichtenberg (2002).

set i forhold til sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. Denne alternative historiefortælling vil jeg vende tilbage til i kapitel 4.

Med dette projekt, hvor ambitionen er at studere sundhedsplejerskers faglige selvforståelser i en arbejdssammenhæng, er der behov for analytiske greb, der ikke blot indfanger, at noget sker, men som også mere præcist kan zoome ind på, hvad der sker. Karen Barad introducerer i teorien Agential Realism begreber til at tale om, hvordan noget sker som ”Agential Cuts” og mellem ”Exteriority-from-Within”, begreber som synes at være potentielt frugtbare i forhold til ambitionen om at genere empirisk viden om, hvordan sundhedsplejersker selv-forstår sig set i forhold til den opgave, de er uddannet og ansat til at varetage. Derfor gives her en kort introduktion til væsentlige begreber efterfulgt af en beskrivelse af, hvordan Agential Realism har informeret analyserne i projektet.

Posthumanistisk performativitet

Karen Barad, som har en ph.d.-grad i teoretisk partikelfysik, er professor i Feminist Studies, Philosophy and History of Consciousness ved University of California, Santa Cruz (University of California Santa Cruz Feminist Studies, 2013). I sin forskning trækker hun på indsigter fra kvantefysik, feministiske studier, poststrukturalisme og dekonstuktivisme (Barad, 2012).

Jackson and Mazzei (2012) beskriver Karen Barad som en ”New Materialist” eller ”Material Feminist”, dvs. som en deltager inden for et felt, der ikke blot undersøger, hvordan diskurser fungerer, men også hvordan de materialiseres. Dels undersøges det, hvordan diskursiv performativ tale agerer, og hvordan gentagne fysiske aktioner producerer subjektiviteter, og dels er analyserne rettet mod, hvordan subjektivitet kan forstås som en række koblinger og forbindelser med andre aktører, såvel humane som non-humane.

I Barads forståelse skal ”New” ikke læses som et brud med eller en forkastelse af tidligere indsigter til fordel for en ny, snarere tværtimod:

> *I’m suspicious of the current fascination with the new, which dovetails all too well with late capitalism’s voracious appetite for the new (even in its appropriative repackaging of the old, the nostalgic, as a new/trademarkeable past)* (Juelskjær & Swennesen, 2012, s. 13).

Karen Barad er især inspireret af Niels Bohr, som hun læser diffraktivt – et begreb hun låner fra Donna Haraway – dvs. gennem indsigter fra læsninger af Michel Foucault og Judith Butler (Barad, 1999, 2003, 2007). Diffraktion tjener i Haraways forståelse som en brugbar modpol til refleksion. Såvel diffraktion som refleksion er optiske fænomener, men mens refleksion handler om at spejle og om det samme, retter diffraktion sig mod forskellighed (Haraway, 1992). I Barads tilgang handler diffraktion om de effekter, som forskelle producerer, og fokus er rettet mod at undersøge effekter i form af såkaldte ”Entanglements” (Barad, 2007), der kan forstås som sammenfiltrede dele af fænomener, der strækker sig tværs over eller gennem det, som almindeligvis antages at være separate steder og øjeblikke (Juelskjær & Swennesen, 2012, s. 47).

Den særlige posthumanistiske performativitet, som Barad foreslår som alternativ til repræsentationalisme, involverer dermed materielle og diskursive, sociale og videnskabelige, humane og non-humane, natur og kultur elementer i studiet af de praksisser, gennem hvilke grænser bliver stabiliseret og destabiliseret, og dermed flyttes fokus fra spørgsmål om overensstemmelse mellem beskrivelse og virkelighed til spørgsmål om og studier af praksisser, gøren og handlinger. En ”posthuman” redegørelse sætter således spørgsmålstegn ved det på forhånd givne ved forskellige humane og non-humane kategorier (Barad, 2003, 2007).

Når Barad anvender begrebet ”posthumanisme” er det ikke for at underkende det humane. Derimod ønsker hun at fremhæve betydningen af den rolle, non-humane aktører spiller i sociale og videnskabelige praksisser. ”Posthumanisme” tilskriver ikke kultur kilden til al forandring, og Barad tager afstand fra at fastholde en distinktion mellem natur og kultur og ønsker i stedet at fokusere på, hvordan disse betydningsfulde distinktioner er produceret såvel materielt som diskursivt (Barad, 2007).

Agential Realism

Ved det performative perspektiv og inddragelsen af non-humane aktører i analyser har Barads teori, Agential Realism, visse ligheder med ANT. Hvor ANT fremhæver det såkaldte symmetriprincip[26] som et udtryk for, at forskeren forventes *at følge en hvilken*

[26] Latour understreger: *ANT etablerer ikke, jeg gentager, etablerer ikke, en eller anden absurd ”symmetri mellem mennesker og ikke-mennesker”. At være symmetrisk betyder for os ganske enkelt, at man ikke a priori nedfælder en eller anden falsk symmetri mellem på den ene side en forsætlig menneskelig handling og på den anden en materiel verden af kausale relationer* (Latour, 2008, s. 99).

som helst relation eller forbindelse, som deltagere i et projekt, en kontrovers eller en sag etablerer (Blok & Elgaard Jensen, 2009, s. 80), så handler Agential Realism *ikke om at sidestille (symmetri), men at samtidigheds-stille (simultanitet)* (Juelskjær, 2009, s. 59). Agential Realism adskiller sig desuden fra ANT ved begrebet ”intra-action”, som uddybes i det følgende afsnit. Barad introducerer dette begreb for – ligesom Haraway – at understrege uadskilleligheden mellem det, som observeres, og den, der observerer, altså mellem objekter og observationshandlinger.

Agential Realism er en epistemologisk og ontologisk ramme, der bidrager til en forståelse af videnskab som materielt-diskursive praksisser. At tænke onto-epistemologisk er at tænke viden i væren, og at tænke studier af praksisser af viden i væren ses som forståelser af, hvordan bestemte ”intra-aktioner” får og har betydning (Barad, 2003, 2007; Jackson & Mazzei, 2012).

Udgangspunktet for Agential Realism er en polarisering mellem positionerne realisme og konstruktivisme. Denne polarisering er ifølge Barad i sig selv kendetegnet ved en uklarhed i begge positioner. Begge positioner forudsætter en dikotomi mellem subjekt-objekt, men de er kun i stand til at erkende henholdsvis det situerede og det konstruerede ved en af polerne af dualismen ad gangen. Realister benægter ikke, at subjekter er materielt situerede, og konstruktivister insisterer på objekternes sociale eller diskursive konstruerede karakter, men ingen af de to positioner erkender deres gensidigt konstituerende ”intra-action” (Barad, 1999).

Verden kan ikke forstås som naturligt brudt op i sociale og videnskabelige virkeligheder, der kan udskilles og adskilles. Der eksisterer ikke en række materielle praksisser, som producerer videnskab, og andre, som producerer sociale relationer. I en Agential Realist forståelse er det sociale og det videnskabelige altid med-konstitueret og co-produceret gennem vedvarende, åbne og sammenfiltrede praksisser.

> ***Language matters. Discourse matters. Culture matters. There is an important sense in which the only thing that does not seem to matter anymore is matter*** **(Barad, 2003, s. 801).**

Det engelske ord ”matter”[27] har en række forskellige betydninger såsom substans, problem, betydning, subjekt, situation, der involverer noget eller er afhængigt af noget osv. I Barads forståelse ses ”matter” som en dynamisk og omskiftelig sammenfiltring af relationer, og ”matter” er dermed ikke en ting eller en egenskab ved en ting, men derimod en gøren, *a congealing of agency* (Barad, 2007, s. 183).

”Matter” og ”meaning” er gensidigt artikuleret. De artikuleres aldrig separat (Højgaard & Søndergaard, 2011). Barad anvender ordet *mening* for at betegne det, vi ved, som produceret af det diskursive og fremhæver, hvordan mening produceres i sammenfiltringer mellem det materielle og det diskursive. Materielt-diskursive praksisser er således et udtryk for de praksisser, gennem hvilke forskellige distinktioner trækkes, herunder distinktionerne mellem det sociale og det videnskabelige. Disse praksisser ses som værende produktive frem for beskrivende, men det, som bliver produceret, begrænses af bestemte materielt-diskursive faktorer og er således ikke vilkårligt konstruerede (Barad, 1999; Bramming et al., 2009).

Barads diskursbegreb retter sig mod at indfange det, som begrænser og/eller muliggør, hvad der kan siges (og ikke siges) i et felt. Diskursive praksisser definerer, hvad der tæller som meningsfulde udtalelser, og diskurs skal således ikke kun forstås som det, der bliver sagt (Højgaard & Søndergaard, 2011).

Intra-action

Med nøglebegrebet ”intra-action” tilkendegives den gensidige konstituering af sammenfiltrede handlinger. ”Intra-action” forstås dermed i modsætning til begrebet ”inter-action”, der antager eksistensen af separate individuelle handlinger, der går forud for deres interaktion (Barad, 2007). Den primære ontologiske enhed for Barad er dermed ikke uafhængige, velafgrænsede objekter, som besidder bestemte, fastlagte egenskaber, men derimod fænomener.

Med begrebet fænomen markeres den epistemologiske uadskillelighed mellem observatøren og det observerede: *Phenomena are the ontological inseparability of intra-acting ”agencies”* (Barad, 2007, s. 333). Fænomener er dermed *Ontological Entanglements* forstået som sammenfiltrede, produktive praksisser, som er blevet til gennem verdens fortløbende og gentagende ”intra-action”. Hvem og hvad, der udelukkes gennem disse sammenfilterede praksisser, har betydning, idet forskellige ”intra-actions”

[27]Se f.eks. Oxford University Press (2014).

producerer forskellige fænomener. Man kan således ikke fremhæve (eller udelukke) bestemte fænomener uden samtidig at tage ansvar og redegøre for de effekter, disse fremhævelser og udelukkelser har eller kan få (Barad, 2007).

> ***Adopting an entangled orientation means accepting that any time we either assemble sociomaterial arrangements (e.g., offices, hospitals, schools) or impose distinctions in existing ones, we distribute different and potentially unequal ontological positions for all involved in a given situation*** **(Carlile et al., 2013, s. 8).**

”Agential Cuts” er det analytiske greb, som gør det muligt for et øjeblik at afgrænse fænomener fra hinanden (Juelskjær, 2009). Et ””Agential Cut”” i Barads forståelse står i modsætning til det ”Cartesianske Cut”, som fører til en reel adskillelse mellem subjekt og objekt. Med et ”Agential Cut” er fokus rettet mod de praksisser, der udgrænser noget fra noget eller fra andet, samt hvordan det studerede fænomen udelukkende eksisterer inden for (bestemte eller særlige) relationer (Barad, 2007, 2012).

Med et ”Agential Cut” iværksættes ”Agential Separability”, et begreb som Barad beskriver som den lokale tilstand af ”Exteriority-within-Phenomena”. Dette begreb understreger for det første, at der ikke er tale om et rent snit, der kan etablere en absolut udenfor-hed, og for det andet, at en udefra-position ikke er mulig. ”Agential Separability” skaber i øjeblikket forskelle i et fænomen. Barad refererer her til Derridas begreb ”Différance”, som er sammensat af adjektiverne *different* (forskellig) og *différe* (udsat, opsat, udskudt). Med dette begreb markeres det, at intet system er endeligt, at der ikke findes et sidste led (Dahlerup, 2002, s. 34).

Differentiering er en relation af ”Agential Separability” og dermed af ”Exteriority-from-Within” (Barad, 2012). Med denne forståelse tydeliggøres det, at et ”Agential Cut” ikke blot skærer fra, men også skærer sammen, hvilket Barad benævner som ”Cutting-together-apart”, idet den grænse, der trækkes ved et ”Agential Cut” samtidig bidrager til en sammenfiltring ved, at det, som er på hver sin side af grænsen, bliver produceret gennem denne bevægelse (Juelskjær & Swennesen, 2012). Det betyder, at differentiering og sammenfiltring gensidigt konstituerer hinanden.

Målet i en analyse, som trækker på indsigter fra Agential Realism, er at forstå, hvilke særlige materielle praksisser, der har betydning, samt hvordan de har betydning. På denne måde bidrager Agential Realism til en ny materialistisk forståelse af magt samt af de effekter, magten etablerer i forhold til produktionen af identiteter, subjektiviteter og kroppe. I en Agential Realist forståelse er magt ikke begrænset til det sociales domæne, men udvidet i forhold til magtens materialiserende potentiale. Magt er ikke noget, nogen/noget har, men derimod noget, der produceres, og som har reelle effekter. Magt må således forstås som en bearbejdelse af kausalitet som ”intra-aktivitet” (Barad, 2007).

Identitet og forandring

Når der tages udgangspunkt i en Agential Realism tilgang kan forandring ikke opfattes som et udefrakommende eller planlagt fænomen, som måske/måske ikke truer eller udfordrer sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelser. Derimod må forholdet mellem faglig identitet og selvforståelser på den ene side og forandring på den anden læses som noget, der skabes af og gensidigt skaber hinanden gennem fortløbende ”intra-action”.

Identity is diffracted through itself – identity is diffraction/ différance / differenting / deferring (Barad, 2012, s. 32). Det betyder, at identitet i en Agential Realism forståelse er multipel, og med en multipel forståelse understreges det, at der er tale om øjebliksbilleder. De faglige selvforståelser kunne have set anderledes ud, og da fænomener aldrig når til et endegyldigt slutstadie, er faglige selvforståelser kontinuerligt åben for forandring. Det er bl.a. som en konsekvens heraf at jeg har valgt at anvende flertalsformen, faglige selvforståelser, i denne afhandling som et udtryk for afhandlingens genstand.

Med Agential Realism ses sundhedsplejerskers faglige selvforståelser i denne afhandling som noget, der er ustabilt, og som konstrueres gennem hverdagens praksisser i relationer med andre og andet (Jackson & Mazzei, 2012), såsom Sundhedsstyrelsens retningslinjer og anbefalinger, opgaven og den historiske og nutidige betydning, uddannelsens indhold og grundlæggende antagelser osv. Dette understreger, at afhandlingens ambition om at styrke sundhedsplejerskers faglige identitet og selvforståelser ikke er rettet mod at lede efter en fælles sundhedspleje-faglig identitet, som den enkelte sundhedsplejerske herefter kan erhverve sig og besidde, således som en essentialistisk forståelse af identitet ville tilstræbe.

Agential Realism gør alt noget. Alt er altid i ”intra-action” med noget andet, og ”intra-action” har reelle konsekvenser (Højgaard & Søndergaard, 2011). En Agential Realism forståelse åbner således på den ene side op for muligheder for at forstå og deltage i politiske muligheder for forandring, men fordrer på den anden side ansvarlighed i videnskabspraksisser. Fokus er ikke blot rettet mod, hvad vi ved, men også mod, hvordan vi ved (Jackson & Mazzei, 2012). Det etiske spørgsmål handler derfor om at gøre det muligt for den anden og det andet at komme til syne, og ansvar og ansvarlighed må medtænkes i relation til, hvad der har eller kan få betydning, og hvad der udelukkes fra denne proces (Barad, 2007). De etiske overvejelser i tilknytning til projektet vil blive uddybet i slutningen af kapitel 3.

Agential Realism starter ikke med givne eller fastlagte forskelle, men undersøger tværtimod, hvordan forskelle skabes og genskabes, stabiliseres og destabiliseres, samt de materialiserende effekter og konstitutive udelukkelser, som følger heraf (Kleinman, 2012). På baggrund heraf giver det ikke mening at undersøge hjemmebesøg og konsultation som to selvstændige, uafhængige metoder i sig selv med de fordele og ulemper, som de hver sær byder på, som hinandens modsætninger eller som noget andet med rod i distinktioner. Derimod skal de to metoder i denne afhandling forstås som forskellige ”Agential Cuts”, der producerer forskellige forståelser af faget, opgaven og arbejdet og i forlængelse heraf forskellige forståelser af brugerinvolvering, ressourcer og kvalitet, som hver især bliver til i ”intra-action” med noget andet og på bekostning af noget, der herefter udelukkes.

Fra analysestrategiske overvejelser til praktiske greb

Med et performativt perspektiv kan man ikke antage, at man allerede har relevante kategorier. Disse skal derimod skabes, og konstitueringen af dem skal følges empirisk inden for feltet (Bramming et al., 2009). At undersøge sundhedsplejerskers faglige selvforståelser i sammenhæng med opgaveløsningen og med afsæt i et performativt perspektiv åbner dermed muligheder for, at såvel sundhedsplejerskerne som jeg selv som forsker kan se sammenhænge mellem opgave, fag og arbejde på andre måder end de allerede gældende og dominerende inden for feltet.

Studiet af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser som effekt af en sammenfiltring af sundhedspleje som fag, sundhedspleje som opgave og sundhedspleje som arbejde, kan læses som en ”Cutting-together-apart”-bevægelse. Ved denne specifikke bevægelse

knyttes noget, som måske/måske ikke er forbundet i forvejen, og som hører til på forskellige niveauer eller til forskellige domæner og dermed har forskellige ontologiske afsæt, sammen som effekt af mine forståelser, udviklet med afsæt i de teoretiske begreber, mine erfaringer og det empiriske materiale. På samme tid udelukker eller afskærer netop denne forståelse andre fænomener, som kunne have været mindst lige så eller mere interessante og relevante.

Framing

Som et greb til at udforske og analysere de konstitutive processer, som skaber og genskaber sundhedsplejerskernes faglige selvforståelser, synes begrebet ”framing” at være frugtbart. Brummans et al. (2008), som bl.a. er inspireret af Goffman (1986), anvender begrebet ”framing” i en analyse af, hvordan forskellige (humane) aktører bestemmer betydningen af konflikter. ”Framing” indebærer, at noget fremhæves og inkluderes, mens andet sættes i baggrunden eller efterlades uden for rammen. ”Framing” bidrager til at fremkalde de særlige vinkler og perspektiver på den viden, sundhedsplejersker oplever, at de har, og på det, de tager for givet. Dermed kan ”framing” bidrage til at få øje på og ”se” sundhedsplejerskernes faglige selvforståelser, således som de umiddelbart fremtræder inden for feltet.

”Framing” er ikke et entydigt begreb. Der synes at være to grundlæggende tilgange. ”Framing” kan anskues som en kognitiv proces, der fokuserer på rammer, skemaer og strukturer som afsæt for handling. Brummans et al. anerkender, at en sådan tilgang kan bidrage med indsigter, men at den samtidig kan kritiseres for kun i ringe grad at forholde sig til, hvordan rammer eller strukturer fastsættes, forhandles, opretholdes og genforhandles gennem kommunikation. Herved flyttes opmærksomheden bort fra forestillingen om, at betydning altid er under konstruktion, og at den skabes, bekræftes eller gendrives gennem humane agenter, som dermed påvirker både deres egne handlinger og andres. Den anden tilgang ser ”framing” som en kommunikativ proces, der opstår, når individer i en (konflikt)situation skelner mellem det væsentlige, som kan/skal fremhæves og trækkes frem i forgrunden, og det uvæsentlige, som kan udlades eller efterlades i baggrunden (2008).

Brummans et al. definerer begrebet ”framing” således: *A pattern of habitually highlighting similar aspects of experience to give a coherent account of what is going on that is continuously shaped and reshaped in interactions* (Brummans et al., 2008, p. 28).

Begrebet ”framing” henviser således til den kommunikative proces, gennem hvilken mennesker fremhæver eller nedtoner nogle bestemte aspekter af erfaring, og anvender en række kategorier med henblik på at kunne redegøre for, hvad der er på spil. På baggrund af disse redegørelser tages beslutning om, hvordan der skal handles. Disse redegørelser anses for at være noget, som formes og omformes kontinuerligt gennem interaktion.

Med begrebet ”framing” rettes opmærksomheden således mod de praksisser, som er medproducerende for, hvad der kan tales om inden for et felt, og hvad der ikke kan tales om. Det interessante er her at se på såvel det, som inkluderes i rammen og dermed forstås som noget, der er betydningsfuldt, hører til osv., som på selve grænsedragningen og eksklusionen af ”det andet”, som dermed ikke betragtes som betydningsfuldt, hørende til osv.

Deframing

Det, som udelades, undlades, efterlades osv. – med andre ord det, som ”deframes” – er også interessant i en performativ analyse. Med begrebet ”deframing” foretages et perspektivskifte fra grænsedragningspraksisser hen imod forskelle, detaljer, andet-hed osv., og opmærksomheden i analysen vendes mod det, som stikker ud, det, som ikke passer ind, det, som skaber sammenstød, det, som mangler, det, som undrer osv. (Bramming et al., 2009). I forlængelse heraf kan et ”deframing”-perspektiv også bidrage til værdifulde indsigter i analysen af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser.

At tænke med og gennem forskelle og detaljer leder tanken mod Haraways (og Barads) begreb *diffraktion*. Jackson and Mazzei (2012) forklarer begrebet ved at anvende dørtrinet som en metafor for den åbning, der bidrager til at skabe diffraktion. I deres undersøgelse er diffraktion et frugtbart begreb i forhold til at undersøge, f.eks. hvordan det materielle ved et kontorrum både producerer og bliver produceret af magtrelationer. Interessen samler sig her om at udforske, hvordan selve bevægelsen hen over dette dørtrin skaber andet-hed og/eller forskellighed. Dermed er det hverken udgangspunktet, endemålet eller dørtrinet i sig selv, som er interessant. Det interessante i en analyse er derimod selve bevægelsen og de effekter, som denne bevægelse er med til at skabe.

I sundhedsplejen er bevægelsen hen over dørtrinet en helt konkret forudsætning for, at en sundhedsplejerske kan komme til at udføre sit arbejde. Med det unikke hjemmebesøg er det sundhedsplejersken, som bevæger sig hen over dørtrinet, mens det med den (u)mulige

konsultation er forældrene, der gør det. Pointen er her, at de forskellige bevægelser producerer forskellige effekter, men også, at der gennem bevægelser skabes grænseflader, overgange og mellemrum – noget ”in-between” – mellem forskellige positioner, som hver især konstituerer forskellige subjektiveringsmuligheder.

Performativitet, metoder og god forskning

Hvis man (som jeg) ønsker at studere noget, som er flygtigt, ubestemt og uregelmæssigt, er en traditionel tilgang til forskningsmetoder ikke egnet. Det er ikke metoderne i sig selv, som er det problematiske, men derimod de antagelser og normativiteter, som knytter sig til disse metoder (Law, 2004).

> ***Interesting research is research on the conditions that make something interesting*** **(Despret, 2005, s. 363).**

Pointen i den performative analyse er en understregning af, at metoder ikke kan repræsentere studieobjektet. Metoder forbinder og muliggør deres objekter på forskellig vis, og de kan være mere eller mindre følsomme over for de utallige måder, hvorpå disse objekter kan siges at eksistere. Hertil kommer, at metoder og de regler og praksisser, som knytter sig til de respektive metoder, ikke nøjes med at beskrive. De bidrager også til at producere den virkelighed, som de ønsker at forstå (Law, 2004).

Donna Haraway beskriver god forskning som forskning, der i sit undersøgelsesdesign søger at undgå ”Gudetricket”, hvilket taler for et performativt perspektiv. God forskning gør feltets deltagere tilgængelige for forskerens eksperiment, hvorimod dårlig forskning gør feltets deltagere føjelige og tilpasser dem de spørgsmål, som eksperimentet afkræver dem (Gomart, 2004).

Endeligt kan det performative eksperiment betegnes som god forskning, når det eller de, der studeres, får mulighed for at gøre sig genstridige (Latour, 2005). Dette betyder, at jeg som forsker har måttet samarbejde med feltets aktører på forskellig vis med henblik på at finde nogle nye måder til artikulation af feltet (Despret, 2005).

I forlængelse heraf har jeg i dette projekt arbejdet med forskellige kvalitative metoder, men det er gjort med en særlig vægtning af en performativ forståelse af disse. Det

betyder, at jeg har valgt at angribe min udforskning af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser gennem forskellige fortællinger flere steder fra samt anvende begreberne ”framing” og ”deframing” som det, der grundlæggende skal styre blikket i analysen. I det næste kapitel vil jeg uddybe, hvordan jeg konkret har grebet projektet an.

Kapitel 3

Performativ organisatorisk etnografi og produktion af empirisk materiale

De analysestrategiske overvejelser giver anledning til at følge nogle særlige processer, gennem hvilke, sundhedsplejerskers faglige selvforståelser bliver skabt på særlige måder. Med afhandlingens centrale forskningsspørgsmål understreges det, at det er sundhedsplejerskers selvforståelser i en arbejdsmæssig sammenhæng, som er forskningens primære genstand. Fokus i afhandlingen er således ikke rettet mod, hvordan sundhedsplejersker er individuelle subjekter i verden som helhed, hvor sociale referencer bidrager til dannelsen af bestemte faglige identiteter og selvforståelser. Derimod undersøges det, hvordan faglige selvforståelser bliver til, opretholdes, udvikles og ændres med afsæt i en anerkendelse af, at sundhedsplejersker er medarbejdere i en bestemt organisatorisk praksis, der fastsætter nogle særlige vilkår og betingelser for såvel fag som for opgave og arbejde. Dette er argumentet for det valgte organisatoriske perspektiv.

Det performative organisatoriske blik i afhandlingen betyder, at opmærksomheden er rettet mod sundhedsplejerskers arbejde med den sundhedsfremmende og forebyggende opgave i relation til børn under ét år og deres forældre - med henblik på at udforske sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. I forlængelse heraf læses forståelser af det unikke hjemmebesøg som praksisser, der konstitueres og opretholdes gennem en lang række aktørers indsats, og som selv bidrager til, at bestemte praksisser sætter sig igennem i det sundhedsplejefaglige felt, herunder f.eks. forståelser af konsultation som en (u)mulig strategi. På samme tid kan forståelserne af den (u)mulige konsultation læses som effekten af bestemte materielt-diskursive praksisser, hvor sundhedsplejerskers faglige arbejde bliver indrammet og afgrænset på nogle alternative måder.

I forlængelse af det valgte performative perspektiv følger også et ansvar for dels at tilrettelægge en undersøgelse, som giver forskningens genstand mulighed for at komme til syne på måder, hvor der kan ydes modstand, samt på måder, der udfordrer såvel feltets egne som mine forståelser som forsker (og sundhedsplejerske) som (de mulige) konsekvenser af de foretagne valg.

I dette kapitel vil jeg derfor redegøre for, hvordan det empiriske materiale er blevet produceret med udgangspunkt i performativ, organisatorisk etnografi gennem arbejdet

med forskelle kvalitative metoder, samt hvordan de analysestrategiske overvejelser kan tænkes at sætte sig igennem i forhold til de anvendte metoder.

Et særligt vilkår ved feltarbejde er, at studieobjektet bliver påvirket og selv påvirker studiet, samtidig med at det studeres. I såvel ANT som i et feministisk materialistisk perspektiv er dette ikke blot et vilkår for feltarbejde, men noget som udspiller sig i al forskning (Barad, 2007; Haraway, 1988). Med den performative forståelse af etnografi er det derfor ambitionen at tilrettelægge et forskningsdesign, der tager højde for det faktum, at viden ikke kommer af at stå på afstand og repræsentere, men derimod gennem direkte materiel deltagelse og engagement med den undersøgte verden (Barad, 2007; Bramming et al., 2009). I forlængelse heraf afsluttes kapitlet med redegørelser dels for etiske overvejelser i tilknytning til projektet og dels for at være forsker inden for eget felt i relation hertil.

Performativ organisatorisk etnografi

Grundlæggende handler etnografi om at forstå menneskelig erfaring gennem studier af sprog, ritualer, institutioner, adfærd, interaktioner, artefakter og hændelser (Cunliffe, 2010). Med organisatorisk etnografi rettes en særlig orientering mod den organisatoriske verden.

Ybema, Yanow, Wels, and Kamsteed (2009) beskriver organisatorisk etnografi som det etnografiske studie af organisationer og deres organiseringsprocesser samt formidlingen heraf. Organisatoriske etnografer kan følge personer, bestemte organisatoriske praksisser, et konkret objekt eller et faktum, og dette kan finde sted på et hvilket som helst niveau i det organisatoriske hierarki eller på tværs af afdelinger og organisatoriske grænser. Herved tildeles det humane og de humane aktører ingen særlig prioritet.

Den etnografiske forskning er ikke et samlet felt med foruddefinerede eller forudbestemte stier, man kan eller skal følge med henblik på at generere interessante data og få mening ud af disse. Der findes ingen procedurer eller fastlagte regler, ingen færdige svar eller foreskrevne metoder til at fortolke den store mængde data, som man samler sammen, typisk i form af feltnoter (Ybema et al., 2009).

Som nævnt i det foregående kapitel kan traditionelle tilgange til organisation og organisatorisk forandring kritiseres for at være domineret af antagelser, som især fremhæver stabilitet, rutine og orden (Orlikowski, 1996; Tsoukas, 2001; Tsoukas & Chia, 2002). Selv om organisatoriske fænomener tænkes som noget processuelt, synes disse

fænomener imidlertid fortsat at blive opfattet som noget, der primært influerer på det mentale, på intentioner eller andet, der knytter sig til ren kommunikativ virksomhed, frem for at blive genstand for en nærmere udforskning i sig selv (Carlile et al., 2013).

I aktuelle organisatoriske studier rettes der stigende opmærksomhed mod behovet for at bringe materialitet ind i studiet af organisatoriske, teknologiske og ledelsesmæssige fænomener og for at spørge, på hvilke måder objekter, artefakter og materialitet rent faktisk har betydning i og for den organisatoriske aktivitet (Carlile et al., 2013). I forlængelse af heraf trækker denne afhandling på en forståelse af organisation som noget, der gennemføres eller realiseres som et resultat af sociale organiseringsprocesser. Det betyder, at organisatoriske fænomener studeres på baggrund af en processuel tilgang, hvor organisation ikke forstås som noget statisk, der eksisterer uafhængigt af andet og andre.

Organisationen og organisering forstås med et performativt organisationsbegreb som noget, der spirer og vokser frem som effekter af de praksisser, gennem hvilke humane, materielle og symbolske elementer ordnes, samt af de måder, hvorpå disse elementer altid er forbundne og arbejder sammen. Dermed retter studier og forklaringer af, hvordan organisationer er konstrueret socialt og materielt gennem kæder af aktiviteter og anstrengelser, en særlig opmærksomhed mod arbejdet og de konkrete aktiviteter, der konstituerer bestemte rutiner (Nicolini, 2012).

Med denne forståelse af performativ organisatorisk etnografi følger jeg således sundhedsplejersker i deres arbejde med børn under ét år med henblik på at udvikle viden om forskningens genstand, sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. Det er ikke konsultation eller hjemmebesøg i sig selv, der er i fokus for undersøgelsen, men derimod de materielt-diskursive praksisser, som producerer disse metoder/strategier, og som i denne afhandling læses som noget, der både skaber og bliver skabt af sundhedsplejerskernes faglige selvforståelser.

Da jeg ikke blot har gennemført feltarbejde på bestemte lokaliteter, men også har fulgt sundhedsplejerskers arbejde med børn under ét år på tværs af lokaliteter, er feltarbejdet i en vis forstand inspireret af Marcus' begreb "Multi-Sited Ethnography" (Marcus, 1995; Van Maanen, 2010). I "Multi-Sited Ethnography" handler etnografi ikke blot om at være i, blive bekendt med og studere et bestemt fænomen ved fysisk at være til stede og forblive på en bestemt lokalitet, men også om at følge et fænomen, f.eks. på forskellige

geografiske steder. I dette projekt udvides begrebet ”Multi-Sited” til også at udføre etnografisk feltarbejde gennem brugen af flere forskellige metoder.

> **Multi-Sited Ethnography:**
> ***Where the same people or groups of people are tracked across different settings that make up their worlds*** **(Van Maanen, 2010, s. 245)**

Med Donna Haraways (m.fl.) forståelse af god forskning og i det performative perspektiv skal feltarbejde dermed forstås som de forskellige måder, hvorpå jeg som forsker søger at skabe mulighed for, at genstandsfeltet kan træde frem og tale. Feltarbejdet omfatter derfor observationsstudier og fokusgruppediskussioner, som foregår på de konkrete fysiske steder, hvor sundhedsplejerskers daglige arbejde udspiller sig, samt den eksperimenterende, visuelle, performative forskningsmetode, *Snaplog*, som kombinerer det visuelle med tekst og tale. Feltarbejdet omfatter også undersøgelser af, om (nogle af) de netværkslignende strukturer, som sundhedsplejerskers arbejde foregår i, er en effekt af og selv bidrager til vedligeholdelsen og/eller udviklingen gennem læsning af dokumenter og forskningsprojekter, med fokus på forståelser af sundhedspleje som opgave, arbejde og fag. Feltarbejdet fandt sted i perioden maj 2010 til juni 2013 (se i øvrigt bilag 1) og har bidraget til produktionen af et ret omfattende empirisk materiale.

Empiriproduktion

Mens man forholdsvis let kan finde kilder, der beskriver hjemmebesøget (positivt) samt de forståelser, der knytter sig til denne metode i sundhedsplejerskers arbejde med børn under ét år og deres forældre, findes der stort set ingen danske beskrivelser af konsultation, når man ser bort fra den artikel, der blev refereret til i det indledende kapitel. Derfor har det været oplagt at inddrage observationsstudier og fokusgruppeinterviews af og med sundhedsplejersker, som har konkrete erfaringer med konsultation som metode i det daglige arbejde, i det etnografiske feltstudie.

Ud fra et traditionelt kvalitativt metodeperspektiv har jeg arbejdet med et forskningsprojekt, hvor jeg har kombineret en række forskellige kvalitative metoder. Jeg har ikke gjort dette med henblik på at producere mere (sikker) og nuanceret viden i form af en slags metodetriangulering. Derimod har tanken været at tilstræbe et

forskningsdesign, hvor de forskellige metoder kan bidrage til, at sundhedsplejerskers faglige identiteter og selvforståelser, som indledningsvist blev beskrevet som vage, usikre og vanskelige at artikulere, får mulighed for at træde frem. De forskellige metoder skal således hjælpe til med at etablere forskellige måder at få feltet i tale med henblik på at studere de konstituerende sociomaterielle diskursive praksisser samt hjælpe med at etablere feltets muligheder for at tale på egne vegne - ikke blot med en fælles stemme, men med mange stemmer.

I de følgende afsnit vil jeg uddybe, hvordan de analysestrategiske overvejelser er blevet operationaliseret i feltarbejdet med henblik på at generere viden om sundhedsplejerskers faglige selvforståelser med henblik på at leve op til afhandlingens formål om at styrke fagligheden og den faglige udvikling i sundhedspleje-faget. Gennem arbejdet med de forskellige metoder har jeg fulgt forskellige aktører med blikket rettet mod at se sundhedsplejerskers faglige selvforståelser som sammenfiltringer af bl.a. forståelser af sundhedspleje som fag og sundhedspleje som opgave.

Der redegøres for de fire metoder, som jeg primært har anvendt i forhold til empiriproduktionen: *Snaplog*, observationsstudier, fokusgruppediskussioner og dokumentanalyser. Desuden beskrives det, hvordan disse metoder er blevet taget i brug set ud fra det performative perspektiv, og hvordan de forskellige metoder bidrager til at ”frame” og ”deframe” forskningens genstand. Inden jeg går videre med dette, introduceres først de fem kommuner, som hovedsagligt optræder i afhandlingen.

Introduktion til kommunerne i afhandlingen

I alt syv kommuner fra fire regioner har på forskellig vis stillet sig til rådighed for mit ph.d.-projekt om sundhedsplejersker faglige selvforståelser. Fem af disse kommuner optræder i de performative analyser af det empiriske materiale, som præsenteres i afhandlingens kapitel 6, 7 og 8 (se i øvrigt nedenstående tabel for en oversigt over disse kommuner og deres bidrag til empiriproduktionen).

De tre kommuner - C, D og E - har jeg fundet og udvalgt på baggrund af en undersøgelse af de 98 danske kommuners tilbud om sundhedspleje til børn under ét år og deres

familier, som jeg foretog ved projektets start i 2010[28] I alle tre kommuner har jeg foretaget observationsstudier, og i to af kommunerne har nogle sundhedsplejersker deltaget i fokusgruppeinterviews.

Kommune F kontaktede mig i foråret 2011 og inviterede mig til at følge et pilotprojekt om konsultation som metode. Jeg har fulgt dette projekt fra planlægningsfasen til den afsluttende evalueringsfase, og ud over at foretage observationsstudier har jeg gennemført et *Snaplog*-studie i samarbejde med i alt seks sundhedsplejersker.

Denne sidste kommune, G, kontaktede jeg i foråret 2013 med henblik på at gentage *Snaplog*-undersøgelsen med en anden sundhedsplejerskegruppe, som ikke arbejder eller påtænker at arbejde med konsultation[29]. Jeg valgte at gøre dette - dels af nysgerrighed i forhold til, hvordan faglig selvforståelse fremstilles i en anden gruppe af sundhedsplejersker, og dels for at give hjemmebesøget mulighed for i højere grad at træde frem og ”tale for sig selv” i afhandlingen - frem for udelukkende at optræde gennem de formelle love og andre relevante tekster, således som jeg oprindeligt havde planlagt.

Den eksperimenterende kvalitative visuelle metode, *Snaplog*, har en central betydning i forhold til min udforskning af danske sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. I det følgende afsnit vil jeg derfor redegøre dels for selve metoden og dels for analysen af det empiriske materiale, som metoden har bidraget til at producere. Denne redegørelse omfatter også en første præsentation af 18 fotografier, som sundhedsplejerskerne i de to *Snaplog*-studier har taget.

[28] For at få et indblik i udbredelsen af konsultation som en metode/strategi i sundhedsplejerskers sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn under ét år valgte jeg indledningsvist at undersøge de 98 danske kommuners tolkning af de forebyggende sundhedsydelser, således som de kommer til udtryk i konkrete servicetilbud til børn under ét år og deres forældre. Udgangspunkt var fremstillingen og beskrivelsen af disse tilbud på kommunernes hjemmesider, herunder om kommunerne anvendte begrebet *konsultation* i beskrivelsen af deres tilbud. Undersøgelsen blev kombineret med en henvendelse pr. mail til den ledende sundhedsplejerske, hvis hjemmesiden ikke umiddelbart gav svar på disse spørgsmål.

[29] Kommune G ligger i samme region som kommune F, men adskiller sig både politisk og demografisk fra denne.

Tabel 1. Skematisk oversigt over det feltarbejde, som analyserne i afhandlingen primært tager sit udgangspunkt i

Kommune	**Introduktion af konsultation samt forståelse af konsultation som en strategi i arbejdet**	**Feltarbejde**	**Empirisk materiale**
Kommune C (region I) **Mere end 100.000 indbyggere**	Det fremgår ikke klart, hvornår konsultation formelt blev indført. Det fremgår heller ikke helt klart, hvem der har været initiativtager til introduktionen af konsultation. Konsultation forstås som én metode blandt flere andre, der tilsammen skal bidrage til at opfylde målsætningerne for de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge.	Møder med sundhedsplejersker Interview med leder Observationsstudier af arbejdet med konsultation i to forskellige distrikter Fokusgruppediskussion i distrikt A og B	Feltnoter og egne fotografier Transskriberede fokusgruppeinterview Transskriberet interview med leder Brugerundersøgelse
Kommune D (region V) **Ca. 46.000 indbyggere**	Konsultation blev indledningsvist indført på initiativ af sundhedsplejerskerne selv som led i et udviklingsprojekt med henblik på metodeudvikling og faglig udvikling. Efter projektets afslutning indgår konsultation som en fast del af kommunens servicetilbud til børn under ét år.	Møder med de to sundhedsplejersker, som har været initiativtagere til projektet Observationsstudier af arbejdet med konsultation samt et enkelt hjemmebesøg. Sundhedsplejerskegruppen i denne kommune fravalgte at deltage i en fokusgruppe-diskussion.	Feltnoter og egne fotografier Evalueringsrapport
Kommune E (region III) **Mere end 170.000 indbyggere**	Konsultation blev introduceret som et pilotprojekt på baggrund af et politisk-administrativt initiativ. Efter projektets afslutning er konsultation blevet en del af kommunens almene servicetilbud.	Møder med sundhedsplejerskerne Observationsstudier af arbejdet med konsultation Fokusgruppediskussion	Feltnoter og egne fotografier Transskriberet fokusgruppeinterview Midtvejs- og slutevaluering
Kommune F (region V) **ca. 53.000 indbyggere**	Konsultation blev introduceret som et pilotprojekt på baggrund af et politisk-administrativt initiativ. Efter projektets afslutning arbejder kommunen ikke med konsultation i projektets oprindelige forståelse, men overvejer alternative forståelser af konsultation	Møder med leder og sundhedsplejersker i projektgruppen Observationsstudier af arbejdet med konsultation *Snaplog*-studie	Feltnoter og egne fotografier Midtvejs- og slutevaluering *Snaplog*: Deltagernes fotografier og tekster Transskriberet fokusgruppediskussion
Kommune G (region V) **ca. 48.000 indbyggere**	Kommunen arbejder ikke med konsultation og har ikke planer om at gøre det Servicetilbuddet i sundhedsplejen til børn under ét år er tilrettelagt i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer.	*Snaplog*-studie	*Snaplog*: Deltagernes fotografier og tekster Transskriberet fokusgruppediskussion

Snaplog

Inspireret af bl.a. Samantha Warren, der har anvendt billeder som forskningsmetode i organisatoriske studier af det daglige arbejdsliv (Warren, 2002), har Bramming et al. udviklet Snaplog, der beskrives som en performativ forskningsteknologi med rødder dels i poststrukturalistisk feministisk teori og dels i den såkaldte "Non-Representational Theory". Begge disse bud på performativ teori er inspireret af STS og ANT. *Snaplog* er en sammentrækning af *snapshot* og *b/log*, hvor deltagernes billeder og tekster efterfølgende er blevet anvendt som udgangspunkt for diskussion i en fokusgruppe (Bramming et al., 2012; Bramming et al., 2009).

Formålet med at kombinere billeder, tekst og fokusgruppediskussion er at tilrettelægge nogle muligheder for, at deltagerne taler om det, forskeren er interesseret i at undersøge, samtidig med at det gøres på måder, hvor deltagerne har mulighed for at modsætte sig forskerens forståelser. Desuden kan *Snaplog* potentielt bidrage til at åbne for, at det selvfølgelige, og det, der tages for givet i en konkret praksis, kan komme til udtryk på måder, så det kan gøres til genstand for en nærmere undersøgelse. På den måde kan *Snaplog* bidrage til fremkalde forståelser af og viden om feltets praksisser, som hverken deltagerne eller forskeren på forhånd kunne forestille sig.

I afhandlingen forstås *Snaplog* som en forskningsteknologi, hvorigennem sundhedsplejersker får mulighed for at fremstille deres faglige selvforståelser gennem selvvalgte billeder og egne tekster med særligt fokus på god sundhedspleje-faglighed. Anvendelsen af billeder som afsæt for en diskussion åbner for, at sundhedsplejerskerne kan tale om deres faglighed og give udtryk for deres faglige selvforståelser på alternative måder (Colucci, 2007). I den forstand lægger *Snaplog* sig i forlængelse af den såkaldte "photo-elicitation", som er baseret på ideen om, at forskeren tilføjer billeder i en interviewsituation som et middel til at åbne for andre dele af den menneskelige bevidsthed (Harper, 2002; Warren, 2002). Med *Snaplog* er det imidlertid deltagerne i fokusgruppen, som tager billeder og beskriver og begrunder deres valg forud for fokusgruppens diskussion.

Billeder og tekster anvendes herefter som afsæt for en fokusgruppediskussion med henblik på udforskning af, hvordan bestemte fænomener fremtræder, hvad der kan tales om (og hvad der ikke kan tales om), hvordan deltagerne når frem til konsensus (eller hvad de er uenige om), hvad deltagerne fremhæver som værende betydningsfuldt (eller problematisk, ligegyldigt, m.m.) osv. (Barbour, 2007).

Selvom forskerens tema i udgangspunktet er styrende for, hvad billeder og tekst skal fokusere på, er det deltagerne i *Snaplog*-studiet, som med afsæt i deres daglige arbejde suverænt afgør, hvad det er interessant at fotografere, skrive om og tale om. I gruppeinteraktionen har deltagerne mulighed for at stille hinanden til regnskab for det, de siger og gør, i forhold til forsøget på at begrebssætte god sundhedspleje-faglighed. Den performative analyse er således ikke blot rettet mod det, der konkret siges i gruppen, hvordan betydning konstitueres gennem gruppens indbyrdes samspil, forhandlinger osv. (Halkier, 2008, 2010), men også mod selve grænsedragningerne i forhold til hvad, der kan og ikke kan siges.

Når der tages udgangspunkt i et performativt perspektiv, er det en særlig pointe, at billeder ikke kan læses som noget, der kan repræsentere eller afspejle verden og dermed fungere som en slags dokumentation af bestemte fænomener. I en performativ analyse læses billedet som medskaber af den betydning, som sundhedsplejerskerne selv tillægger deres arbejde, samt af hvordan denne betydning konstitueres gennem og selv bidrager til konstitueringen af dette arbejde. Billederne er dermed ikke en fremstilling af sundhedsplejerskens praksis, som den i virkeligheden er, men fungerer som en ”framing” og en rekonstruktion af, hvordan praksis ideelt ser ud, og hvad den enkelte sundhedsplejerske fremhæver som noget, der er særlig betydningsfuldt i det daglige arbejde.

Da betydning er kollektivt forhandlet, er denne ”framing” (og ”deframing”) af god sundhedspleje-faglighed ikke blot et udtryk for den enkelte sundhedsplejerskes individuelle kognitive viden, men kan forstås som noget, der er blevet defineret, forhandlet og genforhandlet gennem et fællesskab af praktikere. Ved at knytte an til Gherardis begreb, Fællesskab af praktikere[30] (2006), frem for til Wengers begreb, Praksisfællesskab (1999)[31], fremhæves det, hvordan fællesskabet i sig selv er en effekt, som realiseres gennem materielt-diskursive praksisser.

To *Snaplog*-undersøgelser

Det første *Snaplog*-studie fandt sted i september-oktober måned 2012 i kommune F, som i forbindelse med et udviklingsprojekt har arbejdet med konsultation som metode i sundhedsplejen til børn under ét år som pilotprojekt.

[30] Community of Practitioners (Gherardi, 2006).
[31] Communities of Practice (Wenger, 1999).

Deltagernes opgave var at tage et fotografi, som efter den enkelte sundhedsplejerskes opfattelse fremstiller god sundhedspleje-faglighed. Desuden blev deltagerne bedt om skiftligt at besvare følgende tre spørgsmål:

1. Hvad forestiller billedet?
2. Hvorfor har du taget dette billede?
3. Hvilken sammenhæng er der mellem dette billede og opgaven, den gode sundhedspleje?

Såvel billeder som tekst blev herefter sendt til mig forud for den efterfølgende fokusgruppediskussion.

Præsenteret for opgaven insisterede gruppen af sundhedsplejersker på at have mulighed for at indsende to billeder. Deres argument var, at de umuligt kunne indfange den gode sundhedspleje-faglighed i blot ét enkelt billede. Derfor består den første *Snaplog*-undersøgelse af to serier á seks billeder, dvs. i alt 12 billeder. To af disse billeder er imidlertid hentet fra internettet, idet en af sundhedsplejerskerne valgte denne løsning frem for at tage billeder af egen praksis. Disse billeder er indgået i fokusgruppediskussionen, men kan af etiske og ophavsretslige grunde ikke præsenteres i denne afhandling, da der ikke foreligger en formel accept til brug af dem, hverken fra den/de personer, som optræder på billedet, eller fra fotografen[32]. Efterfølgende blev sundhedsplejerskerne samlet i en fokusgruppe, og såvel billeder som tekst blev diskuteret. Fokusgruppediskussionen, som varede ca. 2 timer, blev optaget og transskriberet i fuld længde.

Det andet Snaplog-studie blev gennemført i maj-juni måned 2013 i kommune G med deltagelse af fem sundhedsplejersker og en sundhedsplejerskestuderende i første praktik[33]. Belært af erfaringerne fra den første *Snaplog*-undersøgelse fik sundhedsplejerskerne i denne gruppe mulighed for at vælge to billeder. Fire sundhedsplejersker valgte at deltage med et enkelt billede, mens de to sidste valgte at indsende to billeder. *Snaplog* 2-studiet består således af en serie med seks billeder samt

[32] De øvrige personer, som optræder på billederne i afhandlingen, har alle givet tilladelse til, at jeg som forsker må anvende dem i mit ph.d.-projekt. Dette uddybes i afsnittet, Etiske overvejelser, i slutningen af kapitlet.

[33] En forudsætning for at blive optaget på specialuddannelsen til sundhedsplejerske er en ansættelse i en uddannelsesstilling i en kommune. I løbet af uddannelsen er der to praktikperioder af 3 måneders varighed. Den første praktikperiode har fokus på børn og familier med almene behov (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011b; Via University College og Professionshøjskolen Metropol, 2011).

en serie med to billeder, dvs. i alt otte billeder. Også denne fokusgruppediskussion blev optaget og er transskriberet i fuld længde.

Sammenlagt indgår 20 *Snaplog*-billeder med tilhørende tekst i det empiriske materiale. I de kommende afsnit vil jeg introducere de 18 billeder, som kan præsenteres i afhandlingen, og som især danner baggrund for analysen i kapitel 6, med udgangspunkt i det umiddelbart iøjnefaldende set i relation til sundhedsplejerskernes ”framing” af god sundhedspleje-faglighed.

Mennesker og relationer

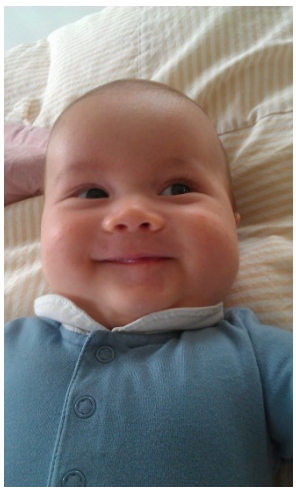
Det umiddelbart mest iøjnefaldende ved den første billedserie i *Snaplog* 1-studiet er, at det gennemgående motiv på samtlige seks fotografier er mennesker og relationer mellem mennesker. Fire motiver[34] er nærmest identiske i deres fremstilling af en mor, som er betaget af og optaget af sit barn.

Figur 1. *Snaplog* 1-studiet: Mor-barn-relationen

Mens hovedparten af billederne i *Snaplog* 1-studiet fremstiller mor og barn og relationen mellem dem som det centrale tema set i forhold til god sundhedspleje-faglighed, optræder barnet alene på det femte billede. Den medfølgende tekst beretter, at denne smilende dreng kigger på sin mor, som befinder sig uden for rammen, og dermed ender dette

[34] Det ene billede af de fire kan som nævnt ovenfor ikke præsenteres i denne afhandling.

billede også med at fokusere på mor-barn-relationen som et væsentligt tema i god sundhedspleje-faglighed.



Figur 2. *Snaplog* 1-studiet: Barnet i centrum (men også med fokus på mor-barn-relationen)

Det sidste fotografi i *Snaplog* 1-studiets første serie fremhæver kommunikationen mellem mor og sundhedsplejerske som et væsentligt tema. Temaet er dermed fortsat mennesker og relationen mellem mennesker, men dette billede zoomer ind på den professionelle relation mellem moderen og sundhedsplejersken.

Figur 3. *Snaplog* 1-studiet: Den professionelle relation

Den første billedserie er dermed overvejende ens med relationer mellem humane aktører som det gennemgående tema set i forhold til god sundhedspleje-faglighed. De væsentlige

aktører er mor og barn, mens det sidste fotografi adskiller sig på to måder - dels ved, at der ikke optræder noget barn, og dels ved, at sundhedsplejersken selv deltager i motivet.

Stadig relationer – men nu også en opmærksomhed mod sig selv

Mens den første billedserie i *Snaplog* 1-studiet har et grundlæggende tema, som især synes at rette sig mod genstanden eller objektet for sundhedsplejerskens faglige virksomhed, så er den anden billedserie præget af større variation.

Relationer mellem forældre og børn er stadig det foretrukne tema på to af billederne, men hvor det ene billede endnu en gang fokuserer på mor-barn forholdet, indrammer det andet billede far-barn-relationen som væsentlig. Dette billede er for øvrigt det eneste billede af de 20, hvor en far optræder i motivet.

Figur 4. *Snaplog* 1-studiet (2. billedserie)

På de resterede fire billeder er sundhedsplejerskernes faglige opmærksomhed flyttet fra genstanden(e) for arbejdet hen imod en række forskellige fænomener, som sundhedsplejerskerne anser for at have betydning set i forhold til egen faglighed, f.eks. i form af det, de ved og gør i arbejdet med børn med fokus på forebyggelse og/eller

sundhedsfremme, i forhold til det tværfaglige/tværprofessionelle samarbejde samt i forhold til sundhedsplejerskens egen faglige videreudvikling, f.eks. gennem supervision som en forudsætning for at kunne varetage arbejdet og levere ”god sundhedspleje-faglighed”.

To fotografier afviger fra de øvrige ved at vise henholdsvis arbejdende asfaltarbejdere og et skilt, som angiver bibliotekets åbningstid. Det fremgår af de respektive logs, at begge motiver skal bidrage til at zoome ind på og fremhæve sundhedsplejerskers særlige viden:

> *"For mig hænger ”god faglighed” tæt sammen med viden. Sundhedsplejens mange vinkler kræver en ajourført viden sammen med et kendskab til, hvordan denne viden bedst formidles* (*Snaplog* 1, logbog)
>
> *Det er det, jeg gør! Jeg kommer med et stort læs af solidt "asfalt". Det kan jeg stille til rådighed for forældrene (….) Billedet udtrykker således faglighed ved, at jeg kommer med en massen viden og indsigt, som jeg stiller til rådighed for forældrene med henblik på, at deres barn skal få en god opvækst, tryg og uden for mange "dybe huller". Det kræver dog et solidt stykke arbejde af forældrene selv. Uden deres indsats bliver det ikke muligt* (*Snaplog* 1, logbog)”

Viden synes her at blive beskrevet som noget, der eksisterer i sig selv, noget forældre mangler, og noget, som sundhedsplejersker er i besiddelse af. I forlængelse heraf forstås viden som noget, der kan gives eller leveres videre til andre og god sundhedspleje-faglighed handler dermed i feltets forståelse bl.a. om sundhedsplejerskers færdigheder og muligheder i forhold til at formidle denne viden bedst muligt og om forældres evne til og muligheder for at tilegne sig og forholde sig til den viden, som sundhedsplejersker stiller til rådighed.

Snaplog 2-studiet: Samme fokus på relationer - men også på noget andet

I lighed med deres kolleger i kommune F har fire ud af seks sundhedsplejersker i det andet *Snaplog*-studie i kommune G primært valgt at fremhæve humane aktører som motiv i den første billedserie, og ligesom i det første studie fremstår disse fotografier som stort set identiske i fremstillingerne af relationen mellem mor og barn som et betydningsfuldt tema i forhold til god sundhedspleje-faglighed.

Figur 5. *Snaplog* 2-studiet: Mor-barn-relationen

Det fjerde billede adskiller sig ved at vise en sundhedsplejerske i færd med at undersøge barnet, mens hun samtidig taler med barnets mor, der står ved siden af. Her er det igen den professionelle relation, som er i fokus. Det interessante ved dette billede er, at det – i øvrigt som det eneste af de i alt 18 billeder – indrammer såvel mor og barn samt sundhedsplejerske.

Figur 6. *Snaplog* 2-studiet: Den professionelle relation

De to sidste motiver er abstrakte i den forstand, at de ikke fremhæver humane aktører i en eller anden form for relation med andre humane aktører. Derfor må disse billeder læses i forbindelse med den tilhørende tekst, for at det indrammede motiv bliver meningsfuldt set i relation til god sundhedspleje-faglighed.

Figur 7. *Snaplog* 2 – abstrakte billeder

Det ene billede forestiller en åben dør, mens det andet billede viser et klatrestativ.

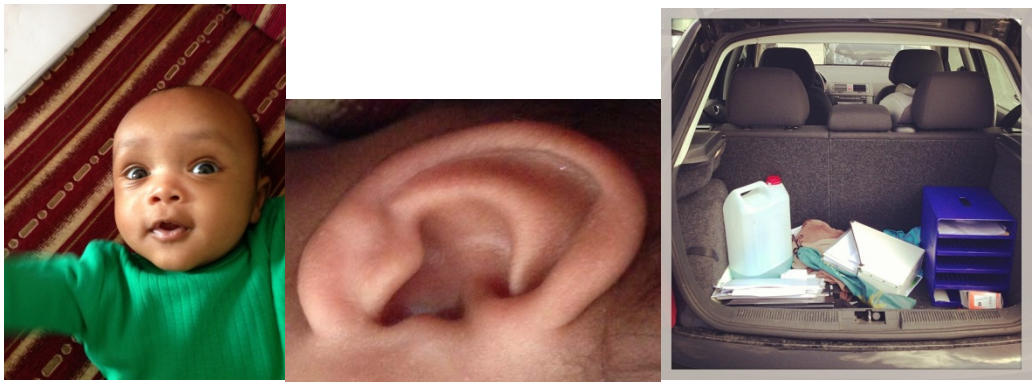
Billedet af døren følges af denne tekst:

> *Jeg fandt på teksten "Keep your mind open" til billedet. For mig symboliserer denne tekst, ligesom døren, der er åben, at jeg som sundhedsplejerske må have et åbent sind, når jeg træder ind over en dørtærskel* (logbog, *Snaplog* 2).

Billedet handler dermed om også om relationer, her mellem familien og sundhedsplejersken. I modsætning til billederne i det første *Snaplog*-studie, som rettede opmærksomheden mod forældrenes behov for viden, er opmærksomheden her vendt mod sundhedsplejersken selv og de krav, det stiller til hende at skulle træde ind over dørtrinet og ind i familiernes hjem og etablere en god relation og et godt samarbejde.

Klatrestativet skal også bidrage til at lede tanken hen mod relationer, men her i forståelsen (traditionelt) socialt netværk: *For mig symboliserer det netværk* (log bog, *Snaplog* 2). Sundhedsplejerskens pointe med billedet er, at: *Der findes mange veje at gå omkring i klatrestativet. Det er ikke altid den samme vej, man skal gå, men det afhænger af familien* (logbog, *Snaplog* 2). Her er fokus rettet mod det, sundhedsplejersker gør eller kan gøre i deres arbejde for at støtte og hjælpe, dvs., at opmærksomheden er rettet mod hendes egen virksomhed og mangfoldigheden i denne som et centralt tema i relation til god sundhedspleje-faglighed.

De sidste to, eller rettere tre billeder i *Snaplog* 2-studiet, er rettet dels mod en lille dreng (og hans øre) og dels mod bagagerummet i sundhedsplejerskens bil.



Figur 8. *Snaplog* 2 (2. billedserie)

Med billedet af den lille dreng, der taler med hele kroppen, og hans øre og sundhedsplejerskens begrundelse for det, er der zoomet ind på betydningen af kommunikation:

> *Hvad fortæller familien - hører jeg, hvad de siger, eller hvad jeg tror, de siger? Hører familien, hvad jeg siger, og kan de omsætte det?* (logbog *Snaplog* 2, 2. billedserie)

Hermed understreges betydningen af at høre eller lytte, og det er ikke blot et spørgsmål om, hvorvidt familien er i stand til at lytte til sundhedsplejerskens vejledning. Det handler også om, hvorvidt hun som sundhedsplejerske er i stand til at lytte til forældrenes perspektiv. Sundhedsplejersken har valgt dette billede, fordi: *det for mig udtrykker den gode faglighed, men også den del af fagligheden, jeg kan blive ved med at øve mig i* (logbog *Snaplog* 2, 2. billedserie).

Det sidste billede - af bagagerummet i en sundhedsplejerske-bil - har af fotografen fået følgende titel: ”*Keep Order in Chaos*”. Sundhedsplejersken skriver i sin log:

> *Det er et billede af det rod, der altid befinder sig, særligt i bagenden, af min bil. Man kan vel kalde det et inferno af arbejdsrelaterede sager blandet med mere private sager, som fx en dunk med sprinklervæske!! I dette krydsfelt af kaos og, tro det eller lad være, en vis form for orden, finder jeg de redskaber, jeg skal bruge, når det kræves. Jeg finder orden i mit kaos! Det kan også symbolisere den*

ro og faglighed, vi som sundhedsplejersker har brug for at finde frem, når familierne har kaos i deres liv (logbog *Snaplog* 2, 2. billedserie)

Med dette billede, hvor i øvrigt hverken barnet, moderen (faderen/familien) eller sundhedsplejersken selv optræder, rettes opmærksomheden bl.a. mod potentielle sammenblandinger af forskellige positioner i sundhedspleje-arbejdet, et interessant tema, som vil jeg vil vende tilbage til i såvel kapitel 6 som kapitel 7.

De 12 sundhedsplejerskers bud på god sundhedspleje-faglighed i de to *Snaplog*-studier, udgør det grundlæggende fundament for den empiriske analyse af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser, som præsenteres i kapitel 6. Desuden har indsigter fra billeder, tekster og fokusgruppediskussioner bidraget til udarbejdelsen af analyserne i kapitel 7 og 8 med fokus på sundhedsplejerskers faglige selvforståelser, således som de kommer til udtryk gennem arbejdet med henholdsvis hjemmebesøg og konsultation.

Observationsstudier

I kvalitative studier opfattes observationsstudier traditionelt som noget, der kan bidrage til studiet af menneskers handlinger og interaktioner inden for såvel det sociale som det materielle miljø, bl.a. med afsæt i en redegørelse for, *hvordan*, *hvor*, *hvornår* og *af hvem* (Raudaskoski, 2010). I performative observationsstudier handler det primært om at skabe mulighed for at ”se” genstandsfeltet på forskellige måder og at få det i tale for derigennem at få adgang til at studere nogle af de uendeligt mange måder, hvorpå et felt bliver skabt og skaber sig selv. Dermed er der ikke tale om forsøg på en objektiv iagttagelse af en genstand, men om både at få øje på og se forskellige rammesætninger, som kan give forskellige vilkår i forhold til, at det, der undersøges, kan have eller få effekt på det, der kan konkluderes. I forlængelse heraf er det et krav til forskeren, at denne søger at skabe klarhed over, hvordan rammesætninger kan skabe ny viden om det undersøgte frem for at reproducere eksisterende viden (Bramming et al., 2009).

Med henblik på også at lede efter og se på forskellighed (frem for samme-hed) har jeg således foretaget en række observationsstudier af forskellige konsultationspraksisser i forskellige kommuner, hvor konsultation har udspillet sig i forskellige konsultationsrum, ligesom jeg har fulgt en række forskellige sundhedsplejersker i deres arbejde. Alle disse forskelligheder vil jeg vende tilbage til og uddybe yderligere i kapitel 8.

At være indfødt og fremmed på samme tid

Forskerens rolle i feltstudier beskrives i traditionel kvalitativ forskning typisk med udgangspunkt i betegnelser som f.eks. deltagende observatør eller observerende deltager (Alvesson, 2003, 2009) med henblik på at redegøre for og bestemme forskerens position. Dette fremhæver, at feltarbejdet omfatter såvel observation som deltagelse, men det synes også at indikere, at der i forbindelse med positionerne som deltager og observatør er tale om intentionelle forskervalg.

Med teoretisk afsæt i ANT og Agential Realism er det grundlæggende udgangspunktet, at min tilstedeværelse inden for feltet har en eller anden betydning, og uanset om min tilstedeværelse og rolle er forsøgt forhandlet på plads og aftalt med såvel forældre som sundhedsplejerske, er det uforudsigeligt, hvad der sker i den konkrete sociale situation. Som et eksempel på dette kan nævnes, at de børn, som er i centrum for sundhedsplejerskens opmærksomhed og arbejde, ikke nødvendigvis var med på, hvad disse aftaler gik ud på. Min naive forestilling om at indtage en ”fluen på væggen-position” måtte således opgives, ikke mindst fordi flere af børnene aktivt og nysgerrigt søgte min opmærksomhed og opfordrede til reaktioner fra min side gennem blikke, smil og fagter. Det ville have været urimeligt over for disse børn ikke at svare på sådanne appeller. Et andet konkret eksempel fra observationsstudierne var, at nogle af sundhedsplejerskerne valgte at inddrage mig i deres arbejde, hvis der var noget, de umiddelbart var i tvivl om eller usikre på i forbindelse med deres undersøgelse eller vejledning.

På den måde har min position i observationsstudierne været skiftende mellem forskellige udgaver af at være mere eller mindre observatør, at være mere eller mindre deltager og endeligt at være i forskellige mellem-positioner herimellem samt - uagtet min mere eller mindre intenderede forskerposition - været medskaber af det, som skete. På forskellige og uforudsigelige måder har jeg således været en del af og har indvirket på de selvsamme fænomener, som jeg ønsker at studere.

Gennem mit tidligere arbejde som sundhedsplejerske og funktionen som uddannelsesansvarlig har jeg et vist forhåndskendskab til det sundhedsplejefaglige felt. Det skaber både muligheder, udfordringer og forhindringer, når jeg som forsker træder ind i feltet med en ambition om at studere sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. At være forsker inden for eget felt er et tema, som har fyldt særligt meget i projektet, og som jeg derfor vil vende tilbage til og uddybe i afslutningen af dette kapitel.

Positionen som tidligere uddannelsesansvarlig for sundhedsplejerskeuddannelsen betyder også, at feltet i et eller anden omfang har et forhåndskendskab til mig, da jeg (i en eller anden forstand) har været en (forholdsvis) kendt aktør inden for feltet. Derfor kan der inden for feltet knytte sig nogle potentielle forståelser til såvel projektet som min forskning, forståelser som ikke nødvendigvis er helt i overensstemmelse med mine egne. Som eksempel på dette kan nævnes, at projektet i starten (muligvis) blev opfattet som en potentiel reference set forhold til at kunne forsvare og argumentere for det unikke hjemmebesøg, mens det senere i forløbet i højere grad er blevet mødt med et vist forbehold på grund af den plads, den (u)mulige konsultation er blevet tildelt i forskningsdesignet.

Som både indfødt og fremmed på besøg i sundhedsplejerskernes daglige arbejde har jeg haft muligheden for at følge arbejdet med konsultation, således som det udspiller sig på forskellig vis. Alle de sundhedsplejersker, som har indvilliget i at lade mig kigge med, mens de arbejdede, har meldt sig frivilligt. Da arbejdet med konsultation som en strategi i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med børn under ét år og deres forældre som tidligere nævnt er omdiskuteret og derfor et noget følsomt tema, kræver det formentligt et vist mod og en vis faglig styrke at stille op og lade en kollega-forsker kigge én over skulderen og se, hvordan et arbejde, som i et eller andet omfang giver eller (kan give) anledning til kritik i fællesskabet af praktikere, helt konkret udspiller sig. På samme tid kan mit besøg som indfødt og fremmed imidlertid også opfattes som en kærkommen mulighed for at retfærdiggøre og begrunde arbejdet med den aktuelle strategi og/eller få afløb for frustrationer og følelsen af at blive blevet mistænkeliggjort og uretfærdigt behandlet.

Sammenfattende vil jeg beskrive de(n) position(er), som jeg fik tildelt/fik mulighed for at indtage i det organisatoriske, etnografiske feltarbejde, som skiftende og aldrig blot stationære.

Fokusgrupper, interview og diskussioner

Interviewet forstås i traditionel, kvalitativ forskning som noget, der er socialt og situeret, dvs. at det, der siges, og som er gældende i den konkrete interviewsituation, i udgangspunktet ikke kan tages til indtægt for noget, der foregår uden for denne specifikke situation. I den forstand udtaler den interviewede sig i overensstemmelse med bestemte normer for tale og interaktion i bestemte sociale situationer, ligesom den

interviewedes forventninger til, hvad der kan siges, og hvad forskeren ønsker at høre, kan opfattes som noget, der kan have betydning for, hvad der bliver sagt (Alvesson, 2009).

I et performativt studie er opmærksomheden ikke blot rettet mod det, der siges. Den er også rettet mod det, som ikke kan eller ikke bør siges, samt mod det, der konstituerer det (u)sagte. Desuden er forskeren i et performativt perspektiv opmærksom på, hvordan det, der kan, og/eller det, der ikke kan siges, sætter sig igennem i feltet og f.eks. kan studeres i og gennem arbejdet.

I denne afhandling betyder det helt konkret, at jeg er interesseret i at følge det, sundhedsplejersker *siger* set i forhold til det, de *gør* i de sociale sammenhænge, som knytter an til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med børn under ét år og deres familier. Mit ærinde er dermed ikke at undersøge, hvorvidt det, der gøres, er godt eller dårligt, rigtigt eller forkert.

Med dette projekts teoretiske og metodiske afsæt vil jeg ikke være i stand til at sige noget, der kan anvendes som forskningsbaserede argumenter i den verserende debat omkring det unikke hjemmebesøg og den (u)mulige konsultation som metoder i sundhedsplejerskers arbejde. Dette betyder dog ikke, at jeg ikke har en holdning til det, som sker. Med min vilje til at lade konsultation komme til orde og få plads i afhandlingen har jeg allerede løftet sløret for denne. Det betyder blot, at jeg med dette projekt ikke er i stand til at udtale mig om, hvorvidt den ene eller den anden strategi er dårlig, god, bedre eller bedst.

Med hensyn til fokusgrupper har jeg først og fremmest arbejdet med såvel interviews som diskussioner i grupper med sundhedsplejersker som deltagere. En gruppediskussion betegnes i metodelitteraturen som en fokusgruppe, når forskeren aktivt opmuntrer til og er opmærksom på interaktionen i gruppen (Barbour, 2007). En fokusgruppe er dermed særligt kendetegnet ved gruppeinteraktionen mellem deltagerne i forhold til et emne, som forskeren har bestemt. Det er netop kombinationen af et emnefokus og gruppeinteraktion, der gør fokusgrupper særlig velegnede til at producere empiriske data, der kan sige noget om betydningsdannelse i bestemte grupper (Halkier, 2008).

Metodelitteraturen beskriver fokusgrupper som velegnede i forhold til at producere viden om, hvad fokusgruppens deltagere kan blive enige eller er uenige om. Deltagernes fortællinger, beretninger, vurderinger og forhandlinger rummer potentielt muligheden for at få noget af det, som ellers er tavst eller taget for givet, frem i lyset og herefter gjort til genstand for en nærmere undersøgelse. Desuden kan en fokusgruppe bistå forskeren i

forhold til at producere koncentrerede data om det fænomen, forskeren studerer. Metoden griber ikke ind og forstyrrer i det daglige arbejde på samme måde som feltarbejde og deltagende observation[35], og forskeren skal ikke tilbringe tid inden for feltet med henblik på at afvente, at ”noget” sker (Halkier, 2008).

I forlængelse af dette synes fokusgruppediskussioner at være et oplagt valg i relation til mine bestræbelser på at studere sundhedsplejerskers faglige identiteter og selvforståelser fra et performativt perspektiv, og i forhold til en ambition om at tilrettelægge et forskningsdesign, der bidrager til at gøre noget, som ellers kan være vanskelig at artikulere, til genstand for en nærmere udforskning.

Som forsker får jeg gennem diskussionerne i fokusgruppen adgang til sammen med feltets deltagere at undersøge og udfordre sundhedsplejerskernes umiddelbare antagelser, argumenter, referencer, drøftelser og sammenligninger af forståelser og erfaringer i tilknytning til opgaven: at bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse.

Det konkrete arbejde med fokusgrupper er foregået på to måder. For det første har jeg gennemført tre traditionelle fokusgrupper, hvor jeg på baggrund af en løst formuleret interviewguide styrede diskussionen ind på argumenterne (for eller imod) set i forhold til arbejdet med konsultation som metode samt ind på sundhedsplejerskernes erfaringer med denne metode. I denne forståelse har diskussionerne først og fremmest været defineret og styret af mig som forsker. For det andet har jeg arbejdet med fokusgrupper i relation til *Snaplog*: Her har temaet også - i hvert fald indledningsvist - været defineret af mig i form af, at jeg har bedt sundhedsplejerskerne argumentere for god sundhedspleje-faglighed med tekst og billeder. I denne sammenhæng har det været sundhedsplejerskernes egne billeder og tekster, som har været bestemmende for, hvor diskussionen startede og efterfølgende bevægede sig hen. I begge tilfælde har min rolle primært været at optræde som facilitator frem for at være interviewer.

Tre fokusgruppediskussioner med fokus på konsultation som strategi

Jeg har gennemført to fokusgruppediskussioner i kommune C, i to forskellige distrikter. I distrikt 1 deltog syv sundhedsplejersker med 2 til 24 års praktisk sundhedsplejeerfaring, heraf en områdeleder, og i distrikt 2 var der i alt fem deltagere, heraf en områdeleder, med 4 til 27 års erfaring. Oprindeligt var planen, at der skulle være seks deltagere i

[35] Halkier henviser her til Morgan (1997).

fokusgruppen, men en af sundhedsplejerskerne var syg denne dag. Begge sundhedsplejerskegrupper var meget snakkesalige, afbrød hinanden og talte i munden på hinanden, og begge grupper var meget ivrige efter at give udtryk for deres meninger og holdninger.

Sundhedsplejerskerne i kommune D ønskede ikke at deltage i en fokusgruppe, men i kommune E gennemførte jeg en fokusgruppe, hvor seks sundhedsplejersker deltog. Hovedparten af disse havde deltaget i kommunens oprindelige pilotprojekt og havde mellem 1 og 23 års erfaring. Ingen af dem havde ledende funktioner. Også denne gruppe var meget engagerede og ivrige efter at dele deres erfaringer med hinanden og med mig.

To fokusgruppediskussioner i forbindelse med *Snaplog*

Den måde, hvorpå fokusgrupper anvendes i *Snaplog* er interessant, dels fordi man som forsker har såvel billeder som tekster, der gør ”noget” i den sociale sammenhæng, som fokusgruppen udgør, og dels fordi jeg som forsker ikke ”står over for” de andre som sundhedsplejersker. Det er derimod en metode, der stiller sundhedsplejerskerne over for hinanden med mig i en deltagende og medproducerende position.

Snaplog-fokusgruppen i kommune F bestod af projektgruppen og den såkaldte kontrolgruppe. De tre sundhedsplejersker i projektgruppen arbejdede med en kombination af hjemmebesøg og konsultation, og de tre sundhedsplejersker i kontrolgruppen arbejdede med hjemmebesøg, som de plejede. Disse sundhedsplejersker havde mellem 8 og 18 års praktisk erfaring som sundhedsplejersker, og ingen af dem havde ledende funktioner.

Da projektgruppens forhold til konsultationsprojektet var ambivalent, og da de var usikre på, hvilken rolle *Snaplog*-studiet kunne komme til at spille i forhold til den afsluttende evaluering af projektet, bl.a. som følge af min deltagelse i projektgruppens møder, blev det på forhånd aftalt at skille konsultationsprojektet ud fra fokusgruppens undersøgelse af den gode sundhedspleje. Gruppens diskussioner skulle således udelukkende fokusere på, hvad der i almindelighed konstituerer god sundhedspleje-faglighed, og ikke på, hvordan god sundhedspleje bliver til som følge af ganske bestemte metoder. Trods denne aftale kunne det dog ikke helt undgås, at diskussionerne kom til at berøre konsultation som metode, dels fordi sundhedsplejersker på forskellig vis var meget optaget af temaet, og dels fordi en af deltagerne havde valgt at indsende et billede fra sit arbejde i en

konsultation. Som det var tilfældet i kommune C og E, var også disse sundhedsplejersker meget engagerede og aktive deltagere i fokusdiskussionen[36].

I det andet *Snaplog*-studie i kommune G adskilte fokusgruppen sig dels ved, at deltagerne ingen praktiske erfaringer havde med konsultation som metode i arbejdet med børn under ét år, og dels ved, at de seks deltagere sig meldte sig frivilligt som deltagere. Derfor kom deltagerne fra forskellige distrikter på tværs af kommunen. De seks deltagere havde mellem ingen (idet den ene deltager var sundhedsplejerske-studerende) og 15 års praktisk sundhedsplejeerfaring, og de havde dermed ikke helt den samme mangeårige erfaring som kollegerne i kommune F. Ingen af sundhedsplejerskerne havde en ledende funktion, men en af sundhedsplejerskerne havde særlige opgaver i kraft af efter- og videreuddannelse. I denne gruppe var det i udgangspunktet de mest erfarne sundhedsplejersker, som tog initiativet i diskussionerne, men qua billeder og tekster kom alle til orde.

I samtlige fem fokusgrupper har der været tale om deltagere, der kender hinanden i forvejen som følge af deres (mangeårige) ansættelses- og samarbejdsforhold (bortset fra den studerende). Udvælgelsen har således hovedsageligt (bortset fra i kommune F) været betinget af det organisatoriske og arbejdsmæssige tilhørsforhold. På baggrund af organisatoriske og arbejdsmæssige tilhørsforhold betyder denne deltagelse, at forskellige hierarkier, som udspiller sig på en arbejdsplads, og som kan knytte sig til ledelse, (videre)uddannelse (og endnu ikke at være færdiguddannet), erfaring osv., også i et eller andet omfang kommer til syne og til udtryk i fokusgrupperne. Pointen er dels, at det ikke kan forudsiges, hvordan det sker og hvilken betydning det har eller kan få, og dels at feltet ”taler” forskelligt alt efter, hvilken position deltagerne har eller gives mulighed for at indtage i den aktuelle organisatoriske sammenhæng.

Fokusgruppediskussionerne kan dermed læses som eksempler på, hvordan et felt griber de forskellige muligheder, der stilles til rådighed - noget som i øvrigt viste sig at blive gjort meget forskelligt. De organisatoriske rammer og de måder, man er (sammen) på, har betydning. At nogle er studerende, andre medarbejdere, nogen er ledere, andre projektgruppedeltagere eller personer, der varetager særlige funktioner, betyder, at der eksisterer en række forskellige talepositioner, der hver især giver nogle særlige muligheder (og begrænsninger) i forhold til at tale og at mene noget forskelligt. Med mit

[36] En af sundhedsplejerskerne meddelte på forhånd, at hun ikke havde det så godt, og at hun derfor nok ikke kunne være så aktiv.

fokus på sundhedsplejerskers faglige forståelser af opgave og arbejde er dette netop noget af ”det”, projektet søger at indfange, hvilket fremhæver betydningen af det organisatorisk etnografiske perspektiv.

Dokumenter

Det performative organisatoriske perspektiv med fokus på såvel humane som non-humane aktører har bl.a. givet anledning til at se nærmere på nogle af de dokumenter og tekster, som er med til at bestemme feltet, og som feltet selv gør brug af, når det selv-forstår sig. Et dokument kan beskrives som en inskription i fysisk form (Dahler-Larsen, 2005), og et dokuments styrke afhænger bl.a. af, hvad aktørerne gør med denne inskription (Latour, 1991).

Med Agential Realism retter opmærksomheden sig især mod, hvordan såvel politiske kræfter som tekster hjælper med at konstituere bestemte fænomener (Juelskjær & Swennesen, 2012). I forlængelse heraf opfattes lovdokumenter ikke som neutrale, men derimod som magtfulde aktører, som fremkalder særlige handlinger i forhold til, hvordan sundhedsplejerskeordninger, sundhedsordninger eller sundhedsydelser ideelt set kan/bør/skal fungere.

I min udgave af performativ organisatorisk etnografi indgår dokumenter derfor som vigtige aktanter blandt de øvrige i et netværk og som noget, der også har stemmer. I studiet af danske sundhedsplejerskers faglige selvforståelser spiller de love, bekendtgørelser og vejledninger/anbefalinger/retningslinjer, som optræder i relation til det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn under ét år og deres familie, en særlig rolle.

Læsning af love, bekendtgørelser og vejledninger

Mens love og bekendtgørelser har retsgyldighed, dvs. er kilder til fastlæggelse af, hvad der er ret og pligt (L. L. Hansen & Werlauff, 2013), har de dokumenter, som skal fastsætte og præcisere de nærmere retningslinjer f.eks. for tilrettelæggelsen af og indholdet i de forebyggende sundhedsydelser ikke umiddelbart og i sig selv den samme juridiske status.

I et ANT-perspektiv er den væsentlige pointe imidlertid ikke spørgsmålet om, hvorvidt dokumentet har eller ikke har gyldighed, men derimod, at andre aktører - i dette tilfælde

sundhedsplejersker - tillægger dokumentet en særlig gyldighed, på lige fod med love og bekendtgørelser[37]. På den måde kan vejledninger læses som magtfulde aktanter, der bidrager til grænsedragninger set i forhold til, hvordan sundhedspleje-opgaven skal tolkes og defineres, herunder bestemme hvad der tæller som relevant i sundhedspleje-arbejdet og hvad, der ikke gør.

Love, bekendtgørelser og vejledninger kan dog ikke i sig selv sige noget om, hvordan sundhedsplejerskers arbejde udspiller sig i en konkret praksis. Her kan introduktionen af den (u)mulige konsultation som metode i arbejdet fremhæves som et praktisk eksempel på, hvordan nogle kommuner har valgt en alternativ tolkning af en bekendtgørelse og vejledning end den, der ellers er den dominerende inden for feltet. Det er imidlertid netop disse forskellige forståelser af sundhedspleje som opgave, arbejde og fag samt de effekter, som produceres gennem de forskellige "Agential Cuts", som er det interessante i forhold denne afhandlings fokus.

En læsning af historiske og aktuelle lovdokumenter, de tilhørende bekendtgørelser og retningslinjer/anbefalinger/vejledninger har bidraget til, at jeg har fået øje på dels små og store forskydninger, som bl.a. kan læses gennem ændringerne i dokumenternes titler og formål over tid, og dels, hvordan forståelsen af sundhedsplejerskers opgave og arbejdet hermed har udviklet og forandret sig gennem tiden. Gennem disse forskydninger og ændringer produceres sammenfiltringer, som kan bidrage til at gøre det vanskeligt præcist at skelne mellem, hvornår feltet taler om sundhedspleje som opgave, og hvornår det taler om sundhedspleje som fag og/eller som arbejde. Jeg vil vende tilbage til dette og udfolde det yderligere i kapitel 4, hvor jeg introducerer feltet i et historisk perspektiv.

Andre dokumenter, som har bidraget til at undersøge forståelser af sundhedspleje som opgave, fag og arbejde

Ud over de forskellige lovdokumenter er det især læsningen af Anne Løkkes og Henriette Buus' arbejde, som spiller en væsentlig rolle for afhandlingens opfattelse af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser som sammenfiltringer af forståelser af fag, opgave og arbejde.

Anne Løkke er professor ved Saxo Instituttet – Arkæologi, Etnologi, Historie og Græsk & Latin. Hendes primære forskningsområde er dansk social-, kultur- og medicinhistorie 1750-2000, set i en europæisk kontekst. Anne Løkkes dr. phil. afhandling, *Døden i*

[37] Se f.eks. Nielsen (2012).

barndommen (Løkke, 1998) handler om spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark fra 1800 til 1920. Hun har bl.a. beskæftiget sig med nogle af de bevægelser og forståelser, som lå forud for - og som i et eller andet omfang førte til - sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse, herunder især fremkomsten af det såkaldte medicinske børneplejeprogram.

Henriette Buus er ingeniør og cand.mag. i etnologi og fremhæver i sin ph.d.-afhandling, *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse – en interpellationsanalyse* (Buus, 2008), at Anne Løkkes afhandling på flere områder leverer forhistorien til projektet. Ph.d.-afhandlingen bygger på et omfattende kildemateriale, bl.a. fundet i Sundhedsstyrelsens, Indenrigsministeriets og Danmarks Sygeplejerskehøjskoles[38] arkiver. Henriette Buus har bl.a. undersøgt forhandlingsforløb, foretagne valg, afgrænsninger og overvejelser gennem beslutningsreferater, breve, ansøgninger om optagelse på videreuddannelsen, studieplaner, fagbeskrivelser.

Som en opfølgning på ph.d.-projektet har Henriette Buus udgivet bogen, Indretning og efterretning: Rockefeller Foundations indflydelse på den danske velfærdsstat 1920-1970 (2008). Denne bog er blevet til på grundlag af kilder hentet fra Rockefeller Foundation Archive i New York. Disse kilder omfatter korrespondance, breve, notater, policy-dokumenter og professionelle dagbøger udarbejdet af fondens medarbejdere, de såkaldte officerer, og er kombineret med kilder fra danske institutioner og forvaltninger, f.eks. danske sundhedsplejerskers breve til Danmarks Sygeplejerskehøjskole, fundet på landsarkivet i Viborg. Bogen uddyber dermed fortællingen om sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse, som blev påbegyndt i ph.d.-afhandlingen.

Endeligt er der i forbindelse med projektet udarbejdet et *review* af artikler med fokus på feltets forståelser af forholdet mellem *faglig identitet* og selvforståelse set i forhold til forståelser af (organisatorisk) forandring. Dette vil blive beskrevet nærmere i kap. 5.

[38] Kursus ved Aarhus Universitet for Sundhedsplejersker og for ledende og undervisende Sygeplejersker påbegyndte sin virksomhed 1. februar 1938. Fra 1958 var uddannelsesinstitutionens navn, Institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet og fra 1965 Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet (Andersen, Nicolaisen, & Østergaard, 1988).

Etiske overvejelser

Som det sidste, men absolut meget væsentlige punkt vil kapitlet redegøre for de etiske overvejelser i forhold til gennemførelsen af dette ph.d.-projekt, herunder specifikt for positionen i det sundhedsplejefaglige felt, dvs. som indfødt og fremmed på samme tid.

Da personfølsomme oplysninger indgår som en naturlig del af sundhedsplejerskers arbejde, var jeg i kontakt med Datatilsynet forud for den første *Snaplog*-undersøgelse. Da jeg ikke havde indflydelse på, hvilke billeder sundhedsplejerskerne ville vælge at tage i *Snaplog*-undersøgelsen, var jeg i tvivl om, hvorvidt jeg skulle ansøge Datatilsynet om tilladelse til at gennemføre undersøgelsen. Selvom Datatilsynet ikke umiddelbart fandt dette nødvendigt, anbefalede de at gøre det under alle omstændigheder. Jeg fulgte denne anbefaling og modtog en formel tilladelse til arbejdet med *Snaplog* den 13. august 2012. Ud over anmeldelsen til Datatilsynet blev der forud for *Snaplog*-undersøgelserne afholdt et møde med henblik på at præcisere de etiske spilleregler.

Snaplog-etik

- ***Man bør ikke tage billeder af personer, som ikke er klar over, at de bliver fotograferet***
- ***Dette gælder både børn/forældre og kolleger/samarbejdspartnere***
- ***Hvis man vælger at tage billeder af børn og/eller forældre, skal forældrene give deres tilladelse til det***
- ***Forældrene skal give tilladelse til fotografering og brug af billede ved deres underskrift på "informeret samtykke"***

Sundhedsplejerskerne blev bedt om at sikre sig tilladelse til at tage billeder, herunder indhente informeret skriftligt samtykke fra forældre. I informationen til forældre blev det understreget, at såfremt sundhedsplejerskernes billeder anvendes i afhandlingen eller andet publiceret materiale, vil de blive anvendt i en sådan form, at identiteten ikke vil kunne genkendes.

Da børnene på billederne nu er 1-2 år ældre og derfor formentlig har forandret sig væsentligt, har jeg valgt ikke at foretage mig noget i forhold til at anvende disse billeder.

Ved diverse oplæg om projektet undervejs i forløbet har min oplevelse desuden været, at det på en eller anden vis virker forkert at lægge en dækbjælke over et barns øjne. Tilhørernes umiddelbare reaktion har været bemærkningen: *det er da synd det dér*, og placeringen af dækbjælken har bidraget til en udvanding af pointen med billedet. Med hensyn til forældrene har jeg i de fleste tilfælde valgt at lade billederne fremstå, som de er, idet disse billeder og den efterfølgende bearbejdning ikke i sig selv afslører personfølsomme oplysninger.

I to tilfælde har jeg imidlertid været i tvivl om, hvilken effekt en publicering af billederne i afhandlingen ville kunne få. Samtidig har arbejdet med netop disse billeder bidraget til nogle væsentlige pointer. Løsningen på dette dilemma har været, at motiverne i afhandlingen bliver gengivet som tegninger. Deltagerne i fokusgruppen har set de originale fotografier, hvilket betyder, at tegningerne udelukkende anvendes som løsning på et etisk problem i relation til formidling af forskningen.

I henhold til Karen Barads forståelse af etiske overvejelser kan disse overvejelser ikke finde sted, efter forskningen er gennemført. Med Agential Realism handler det etiske spørgsmål ikke om at indhente informeret samtykke, en forståelse som ifølge Barad har rødder i en individualistisk tilgang. De etiske overvejelser i tilknytning til forskning retter sig i Barads tilgang mod: *an understanding of how values matter and get materialized, and the interconnectedness of ethics, ontology and epistemology* (Juelskjær & Swennesen, 2012, s. 15).

Med Agential Realism forstås enhver observation og de aktioner, som følger denne observation, som et ”Agential Cut” i forhold til et givent fænomen, der genererer grænsedragninger med bestemte in- og eksklusioner og som har reelle konsekvenser. Etisk-onto-epistemologiske spørgsmål handler om ansvarlighed og ansvar for de sammenfiltringer, som forskeren hjælper til at gennemføre, og de forpligtelser, som forskeren (og andre/andet) er villige til at påtage sig, herunder forpligtelser overfor ”os selv” og det, ”vi” kan blive (Juelskjær & Swennesen, 2012).

Da observationsstudierne, fokusgruppediskussionerne og den ene *Snaplog*-undersøgelse er gennemført i kommuner, der arbejder med konsultation som et af deres tilbud om sundhedspleje til børn under ét år og deres familier, og da dette tema som tidligere nævnt er præget af følelsesladede diskussioner blandt sundhedsplejersker, er de kommuner, som har bidraget til produktionen af det empiriske materiale, anonymiseret i afhandlingen.

Forskning i egen praksis

Som tidligere sundhedsplejerske og som tidligere uddannelsesansvarlig for sundhedsplejerskeuddannelsen på Professionshøjskolen Metropol kan min forskning og fremgangsmåde i et eller andet omfang siges at ligge i forlængelse af den særlige form for organisatorisk etnografi, som Alvesson kalder ”Self-Ethnography” (Alvesson, 2003) og definerer således:

> *A study and a text in which the researcher-author describes a cultural setting to which s/he has a ”natural access”, is an active participant, more or less on equal terms with other participants. The researcher then works and/or lives in the setting and then uses the experiences, knowledge and access to empirical material for research purposes. This research is, however, not a major preoccupation, apart from a particular time when the empirical material is targeted for close scrutiny and writing* (Alvesson, 2003, s. 174).

Kernen i ”Self-” eller ”At-home Ethnography” er, at forskeren i en afgrænset periode studerer en velkendt praksis, som han eller hun har en eller anden form for tilknytning til, og hvor han eller hun derfor kan bruge sin erfaring, viden og adgang til empirisk materiale med henblik på forskning for så efterfølgende at skrive herom. Som forsker er man således ikke en ”professionel fremmed”, men en mere eller mindre kendt aktør, som under normale omstændigheder har en anden funktion, som ikke er forskning. Fordelen ved denne type etnografi er forskerens engagement i, nære kendskab til og involvering i den studerede praksis.

Alvesson bekriver begrebet ”Self-Ethnography”, som noget, der fejlagtigt kan komme til at fremhæve et fokus på forskeren selv. I Alvessons forståelse af ”Self-Ethnography” rettes opmærksomheden derfor først og fremmest mod forskerens egen kulturelle kontekst og det, der sker omkring forskeren, og derved adskiller ”Self-Ethnography” i Alvessons forståelse sig fra den såkaldte ”Autoetnografi”[39], I en senere tekst har Alvesson ændret ”Self-Ethnography” til begrebet ”At-home Ethnography”, som stort set defineres på samme måde (Alvesson, 2009), måske netop for at undgå det i hans øjne fejlagtige fokus på forskeren selv.

[39] ”Autoetnografi” er en kvalitativ forskningsstrategi, hvor forskeren tager afsæt i sit eget personlige liv og er opmærksom på egne fysiske reaktioner, tanker og følelser (Baarts, 2010, s. 154).

I min udgave af performativ organisatorisk etnograf kan jeg som tidligere nævnt ikke se bort fra, at jeg ser med øjne, som er en del af en/min krop, der også deltager i processen, og som derfor ikke kan adskilles eller udskilles herfra.

At studere sin genstand i et felt som en indfødt og fremmed på samme tid

At være forsker i eget felt, et felt der rummer både engagerede og passionerede aktører, har givet anledning til en række interessante oplevelser. Ideen om at undersøge sundhedsplejerskers faglige selvforståelser ikke blot gennem feltets dominerende fortællinger om arbejdet med udgangspunkt i hjemmebesøg, men også gennem fortællinger om arbejdet med konsultation, rammer tilsyneladende lige ind i hjertet af noget, der opfattes som vigtigt og væsentligt blandt sundhedsplejersker.

Det, at jeg har foretaget netop dette valg, har i perioder givet anledning til en oplevelse af at have stukket en pind i en bikube og efterfølgende være forfulgt af en flok rasende bier. Temaet har været (og er) omgærdet af passionerede diskussioner, hvilket – ikke mindst i forbindelse med formidlingen af forskningsresultaterne gennem denne afhandling - har været og er en interessant udfordring.

Selvom sundhedsplejerskerne i udgangspunktet har været meget positive omkring mine henvendelser, har det også været nødvendigt at udføre en hel del indledende benarbejde i form af mails, telefonsamtaler og uddybende møder for at få adgang til at observere konsultationspraksisser samt planlægge og udføre observationsstudier og fokusgruppeinterviews i de tre kommuner, og som nævnt ønskede sundhedsplejerskegruppen i en af kommunerne ikke at stille op til et fokusgruppeinterview.

Disse ”besværligheder” kan læses på forskellige måder. Ud over sundhedsplejerskernes almindelige forpligtelser, daglige arbejdspres og forhindringer som f.eks. sygdom har en af årsagerne formentlig været, at jeg i startfasen ikke tilstrækkelig tydeligt har kunnet redegøre for, hvad jeg beskæftigede mig med, bl.a. som følge af sammenfiltringerne som på daværende tidspunkt endnu ikke var kommet til syne, eller kunnet redegøre for, hvad formålet med at indsamle data i netop deres kommune var. Med henvisning til den engagerede og til tider følelsesladede debat om betydningen af konsultation som metode, som blev beskrevet indledningsvist, har sundhedsplejerskerne haft nogle gode grunde til at være forsigtige.

Da det efter de indledende manøvrer og forhandlinger stod klart for sundhedsplejerskerne, at mit ærinde ikke var at kritisere deres praksis, men derimod at studere, hvordan den konstitueres som en mulig praksis, blev jeg inviteret ind. I den forstand fik jeg tildelt en position i felten som oprigtigt interesseret forsker, der kunne være en mulig allieret i ”kampen” mod kritikerne. I forhold til denne afhandlings teoretiske afsæt kan alle ”besværlighederne” læses som fænomener, der optræder i tilknytning til det empiriske feltarbejde, og som ellers i et eller andet omfang ville forblive usynlige og tavse.

Forskning i egen praksis er ”Risky Business”, og problemerne bliver ikke mindre, når det kommer til den del af etnografien, som handler om at skrive om det observerede (Alvesson, 2009). Etnografi handler ikke blot om at ”se” genstandsfeltet og om de overvejelser, man som forsker må gøre sig i forhold til at se. Etnografi handler i lige så høj grad om at redegøre for det, som kommer ud af feltarbejdet, dvs. at formidle resultatet af anstrengelserne (Van Maanen, 2006, 2010).

For at en redegørelse kan betegnes som interessant må den kunne fortælle noget afgørende enten ved at undersøge noget nyt eller uventet eller ved at tillade forskeren at se noget kendt i et nyt lys. En interessant redegørelse indeholder således både genkendelighed og overraskelse. Redegørelsen appellerer til læsernes erfaringer ved at indeholde et element af identifikation, og en god redegørelse involverer aktører, handlinger/processer og en institutionel kontekst - eller med andre ord det situationelle fokus[40] (Alvesson, 2009).

Forskeren må desuden medtænke, hvem redegørelsen er eller skal være interessant for. Hvem er læseren? (Van Maanen, 1988). Der kan være særlige udfordringer forbundet med at producere en interessant redegørelse, især hvis eller når de potentielle læsere har stærke og direkte personlige interesser i forhold til forskningens genstandsfelt.

Denne afhandling står således over for den udfordring, at den på den ene side skal leve op til nogle bestemte akademiske og forskningsmæssige genrekrav, mens den på den anden side som følge af formålet også i et eller andet omfang skal formidle empirisk viden om sundhedspleje som fag, opgave og arbejde, der kan opfattes som meningsfuld i et felt med traditioner og markante holdninger. I sidste ende er diplomati altid en del af al forskning (Alvesson, 2009).

[40] Alvesson henviser her til Knorr-Certina (1981).

Kapitel 4

Introduktion til feltet: Sundhedsplejerskeordningen har vist sig at være så stor en succes, at den stadig lever i bedste velgående efter 70 år

Dette og det efterfølgende kapitel skal læses som en optakt til de egentlige performative analyser i kapitel 6, 7 og 8 med henblik på mulige besvarelser af de to forskningsspørgsmål. Mens jeg i kapitel 5 vil uddybe og præcisere forskningens genstand, sundhedsplejerskers faglige selvforståelser, vil jeg i dette kapitel introducere til sundhedspleje-feltet gennem et historisk tilbageblik på udvalgte tiltag (se i øvrigt bilag 2, udvalgte tiltag i relation til børns sundhed 1845-2011).

Med vedtagelsen af *Lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i de første leveår* (Indenrigsministeriet, 1937), som åbnede mulighed for, at kommunerne kunne ansætte sundhedsplejersker til at varetage arbejdet i henhold til lovens formål, blev faget sundhedspleje formelt etableret. I 2007 kunne sundhedsplejersker således fejre 70 års jubilæum, hvilket bl.a. blev markeret med udgivelsen af jubilæumsbogen: *Sundhedsplejersken – 70 års sundhedspleje i Danmark* (S. Hede et al., 2008). Et af kapitlerne i denne bog konstaterer at:

> *Sundhedsplejerskeordningen har vist sig at være så stor en succes, at den stadig lever i bedste velgående efter 70 år, og utvivlsomt vil fortsætte hermed (Amlund, 2008, s. 19)*

Denne jubilæumsbog skal bidrage til en fejring af eget faglige jubilæum, og den er redigeret og skrevet primært af fagets egne udøvere. Set ud fra dette perspektiv kan det ikke undre, at sundhedspleje-fagets historiske udvikling først og fremmest fortælles som en succeshistorie, der bidrager til at understrege sundhedsplejerskeordningens eksistensberettigelse i fortid, nutid og fremtid.

I et ANT-perspektiv ses den dominerende historiefortælling som en fremstilling af det mest holdbare perspektiv i kampen om positioner, der i dette tilfælde ikke kun vil knytte an til forståelser af, hvordan man bedst muligt kan forebygge spædbørnsdødelighed, eller hvad, der er bedst for børn. Pointen er her, at der også er mange andre interesser i spil.

I forlængelse af dette kan sundhedspleje-faget beskrives som et fag, der har opnået sin særlige position gennem et aktør-netværk, hvor de foretagne valg og fravalg af potentielle muligheder kan læses som strategier i bestræbelserne på at styrke netværket som helhed. Pointen er, at et vindende perspektiv er ét blandt flere andre, og at historien kunne have udspillet sig på alternative måder.

Med ANT præsenteres sundhedsplejefeltet på en for sundhedsplejersker anderledes måde. Frem for at starte historiefortællingen med fagets etablering som en succeshistorie set i relation til kampen for at nedbringe den alt for høje børnedødelighed, som trods store landevindinger på det lægefaglige og medicinske område stadig var fremherskende i 1920-erne, har jeg valgt et andet udgangspunkt. I stedet følger jeg opgaven og transformationerne af denne undervejs. Herved træder sundhedspleje frem som et fænomen, der eksisterede længe før den formelle etablering af sundhedspleje som fag, og som et fænomen, der ikke i sig selv er stabilt, men tværtimod i stadig forandring. Det betyder, at sundhedspleje-fagets etablering først og fremmest læses som en effekt af fænomenet *spædbørnsdødelighed* – snarere end som et middel til løsning af denne problemstilling.

Spædbørnsdødeligheden som genstand for lægefaglige interesser

Denne introduktion af feltet tager sin begyndelse ved at se nærmere på fænomenet *spædbørnsdødelighed* som genstand for lægefaglige interesser. Frem til det 18. århundrede blev høj børnedødelighed betragtet som et uundgåeligt onde og som et udtryk for Guds vilje. Op mod 20-30 % af spædbørnene døde i løbet af det første leveår, og ca. halvdelen af børnene døde, inden de fyldte fem år (Thamdrup, 1994).

Det tidlige arbejde med bekæmpelse af børnedødeligheden og arbejdet med børns sundhed kan læses som en række lægefaglige kampe, først i forhold til at få anerkendt og udskilt barsels- og børneområderne som selvstændige specialer fra de øvrige medicinske og anerkendte lægespecialer og senere mellem det pædiatriske speciale (med fokus på diagnostik, behandling, kontrol, afvigelser fra normalfunktion fra fødslen til overstået pubertet samt rådgivning om børns psykiske og fysiske udvikling og forebyggelse af sygdom og funktionsforstyrrelser) (Ibsen, 2008) og det obstetriske speciale (med fokus på graviditet, fødsel og barselsperiode).

De første danske læger, som viste en særlig interesse for børn, var fødselslægerne ved Fødsels- og Plejestiftelsen for nyfødte børn i København i slutningen af 1700 tallet og

begyndelsen af 1800 tallet (Thamdrup, 1994). C.E. Levy var overaccoucheur, dvs. chef for Den Kongelige Fødselsstiftelse i perioden 1842 til 1865, og Levys lægefaglige fokus var dermed det spæde barn og dets sygdomme. I 1833 rejste han på en treårig studierejse til udlandet efter at have forsvaret sin doktorafhandling, og på rejsen besøgte han en række børnehospitaler og plejestiftelser i Berlin, Wien og Paris.

Allerede i 1845 udgav C.E. Levy den første populære danske vejledning om spædbarnspleje til mødre. Denne vejledning blev udarbejdet på opfordring fra Det Kongelige Cancelli med henblik på at gøre noget i forhold til den høje børnedødelighed på Island, og midlet var oplysning (Thamdrup, 1993). Denne første vejledning fra læge til mødre inddrog befolkningens idealer og normer, traditioner og sunde fornuft i forbindelse med spædbarnspleje og adskilte sig herved fra de anbefalinger og vejledninger, som fulgte i tiden efter (Løkke, 1998).

Det første danske børnehospital, Børnehospitalet i Rigensgade, åbnede i 1850, og hospitalets første læge var obstetriker af uddannelse. I 1870 blev Harald Hirschsprung, som efterfølgende er blevet udnævnt til at være den danske pædiatris grundlægger (Roed-Petersen, 2007), ansat som overlæge, og han fortsatte som professor og overlæge ved Dronning Louises Børnehospital, som afløste Børnehospitalet i Rigensgade, og som åbnede i 1879. Hirschsprung skabte et videnskabeligt miljø på Dronning Louise Børnehospital og blev den første danske docent i pædiatri (Thamdrup, 1994).

I sin doktordisputats, *Døden i barndommen*, beskriver Anne Løkke bl.a. to initiativer, som på forskellig vis blev taget i brug i kampen for at nedsætte den alt for høje børnedødelighed, nemlig det medicinske børneplejeprogram og børneplejestationerne.

Det medicinske børneplejeprogram

Selv om antallet af børn, der døde inden for det første leveår, var faldende i starten af 1900 tallet - fra ca. 12 % i år 1900 til ca. 8 % i 1920 - var børnedødeligheden sammenlignet med de øvrige nordiske lande fortsat alarmerende højt (Se i øvrigt figuren nedenfor). Samtidig var antallet af fødte børn pr. kvinde nedadgående, hvilket betød, at den danske stat havde en interesse i bestræbelserne på at bekæmpe børnedødeligheden og

sygeligheden blandt børn i det første leveår for på denne måde at opnå og opretholde et vist befolkningsgrundlag (Buus, 2001)[41].

Land	Angivet i %
Danmark	7,2 %
Island	4,5 %
Norge	4,7 %
Sverige	5,1 %

Figur 9. Spædbørnsdødeligheden i de nordiske lande, 1932 (Sundhedsstyrelsen, 1970)

Udtrykket *det medicinske børneplejeprogram* betegner den internationale enighed blandt læger i forhold til spædbørns ernæring og pleje, som kan spores omkring år 1900, og som var rettet mod at forebygge kolerine (akut spædbørnsdiarré) og andre mave-tarm problemer blandt spædbørn. Internationalt var der blandt læger enighed om, at især amning ydede stor beskyttelse mod spædbørnsdiarré, og det var således initiativer i forhold til at få kvinder til at amme deres børn, der blev det umiddelbare udgangspunkt for datidens oplysningsarbejde på spædbørnsområdet (Løkke, 1998, 2000, 2008).

Målet med det danske medicinske børneplejeprogram var at bekæmpe børnedødeligheden gennem rationelle, videnskabelige argumenter, som dermed eksplicit satte normer for god spædbørnspleje og implicit grundlagde normer for forestillingen om såvel spædbarnets natur som den gode mor (Løkke, 1998). Pasteurs opdagelser i forhold til bakteriologi var indarbejdet i forskrifterne, og programmet var karakteriseret ved, at der var en bred

[41] Den voksende interesse ikke blot i Danmark, men også rundt omkring i verden for befolkningen og dennes sundhedstilstand knyttede sig til regeringers ønske om at opnå en øget befolkningstilvækst, dels i forhold til at opnå en større arbejdsstyrke og dels i forhold til at forbedre rekrutteringsmulighederne til hærene og de medicinske landevindinger gjorde det muligt at opnå de ønskede mål (Thamdrup, 1994).

international enighed om forskrifterne blandt læger, hvilket bidrog til at gøre det særligt troværdigt i befolkningens øjne.

Programmet var først og fremmest begrundet i videnskabelig fornuft og medinddrog ikke befolkningens almindelige sunde fornuft og traditioner[42], således som Levys tidligere vejledning havde gjort det (Løkke, 1998).

Det medicinske børneplejeprogram markerer ifølge Anne Løkke et skifte i opfattelserne af såvel spædbørnsplejen som af selve barnet og kan læses som en effekt af en historisk proces, hvor lægerne erobrede rollen som professionelle eksperter i plejen af det spæde barn samt retten til at definere kriterier for den gode spædbørnspleje. Programmet udgør dermed en ny fortolkningsramme, hvor praksisser i forhold til det spæde barn ikke længere blev begrundet i viden og traditioner med rod i almuekulturen, men derimod refererede til moderne natur- og lægevidenskabelige argumenter (Løkke, 1998).

Professor og børnelæge, Svenn Monrad, er en gennemgående figur i forhold til det danske medicinske børneplejeprogram og de tiltag, dette program gav anledning til. I perioden 1906-1940 fungerede han som overlæge ved Dronning Louises Børnehospital, og han var initiativtager til stiftelsen af Dansk Pædiatrisk Selskab, som afholdt sit konstituerende møde d. 13. oktober 1908[43].

Som pædiatrisk konsulent for Sundhedsstyrelsen i perioden 1919 til 1940 fik Monrad stor indflydelse på forståelsen af, hvordan den høje børnedødelighed bedst muligt kunne nedsættes (Thamdrup, 1994). F.eks. udarbejdede han publikationen *Kortfattet Vejledning i det spæde Barns Pleje og Ernæring*, som læger og jordemødre skulle udlevere til førstegangsfødende i 1922[44].

Det medicinske børneplejeprogram understregede betydningen af tre R'er: Ro, Regelmæssighed og Renlighed, som jeg vil vende tilbage til senere i dette kapitel, set i forhold til barnets pleje og ernæring. De tre R'er blev et slogan, som fik stor betydning i forhold til såvel den efterfølgende sundhedsoplysning på spædbørnsområdet som for

---

[42] I sin doktordisputats, *Døden i barndommen*, redegør Anne Løkke for, hvordan de forskellige normer for amning rundt omkring i Danmark havde stor betydning for spædbørnsdødeligheden. Hun dokumenterer, at de fynske kvinder allerede havde den nødvendige, erfaringsbaserede viden til at kunne nedsætte dødelighe-den. De fynske mødre ammede efter barnets behov, ammede meget og længe, og børnene fik først andet mad, når de kunne side på skødet og række ud efter maden. Denne viden blev imidlertid tilsidesat til fordel for den medicinske, videnskabelige viden (Løkke, 2000).

[43] Formålet med Selskabet var at fremme det pædiatriske studium, hovedsagligt ved demonstrationer og diskussioner (Thamdrup, 1994).

[44] Anne Løkke fremhæver, at der uenighed omkring det præcise tidspunkt for publikationens første udgivel-se (Løkke, 1998).

forståelsen af amningens betydning som effektivt våben i kampen mod spædbørnsdødeligheden. Det medicinske børneplejeprogram kan dermed læses som et oprydningsprojekt, som bl.a. havde til formål at regulere til regelmæssighed (Buus, 2001; Løkke, 1998, 2008).

Programmet bestod af to dele, som rummede en indbyrdes konflikt i kravene til mødrene. Mens den ene del af programmet havde fokus på spædbarnets pleje, var den anden rettet mod spædbarnets ernæring, og det var især princippet om regelmæssighed, der bidrog til konflikten. Monrad understregede, at principperne om ro, renlighed og ikke mindst regelmæssighed skulle efterleves stringent med hensyn til barnets pleje, hvorimod han i forhold til kravet om et bestemt antal amninger og præcise intervaller imellem dem var parat til slække på regelmæssighedsprincippet til fordel for, at mor og barn kunne finde deres egen daglige rytme gennem hyppigere amninger (Løkke, 2000, 2008).

Mens Svenn Monrad var fleksibel og villig til at give køb på roen og regelmæssigheden for at fremme amningen, var datidens øvrige nationale og internationale eksperter på børneområdet det ikke. De internationale pædiatriske forskrifter understregede betydningen af, at amningen skulle foregå efter uret med bestemte intervaller, at der ikke skulle ammes om natten, og at tiden ved brystet skulle begrænses.

Efter Monrads død i 1945 blev Sundhedsstyrelsens retningslinjer strammet op og rettet til i forhold til de internationale anbefalinger, hvilket medvirkede til, at programmets indbyggede konflikt i kravene til mødre fik drivkraft og nogle utilsigtede konsekvenser. I 1940 blev 62 % af de danske børn ammet i mindst fire måneder ifølge Anne Løkke, mens tallet i 1969 var faldet til 17 %. Ammefrekvensen begyndte først at stige igen i 1970-erne (Løkke, 2000, 2008).

Det medicinske børneplejeprogram og arbejdet med at rådgive og vejlede møde og støtte amning blev anset for at være kernen i bekæmpelsen af spædbørnsdødeligheden, og da børnedødeligheden rent faktisk faldt i tiden herefter, er dette efterfølgende blevet tolket som et bevis på, at programmet virkede efter hensigten. Anne Løkke finder da også, at der er grund til at antage, at det medicinske børneprogram har haft en vis gunstig virkning, men hun henleder opmærksomheden på, at også andre forhold kan have spillet ind. F.eks. har Pasteurs opdagelser og bakteriologien bidraget til, at flaskeernærede børn fik langt bedre overlevelsesmuligheder, og mens princippet om øget renlighed uden tvivl har haft en god effekt i forhold til at sænke børnedødeligheden, så kan princippet om

regelmæssighed have haft den modsatte virkning ved at hæmme mødre, der ellers gerne ville amme.

Trods referencer til videnskab og videnskabelighed blev det medicinske børneplejeprogram ikke testet videnskabeligt i sin helhed gennem kontrollerede forsøg. Programmets overlegenhed har derfor muligvis ikke været helt så gennemført og udtalt, som programmets ophavsmænd selv troede, og Anne Løkke konkluderer, at de fleste forskrifter egentligt havde deres rod i kirkens, filosoffernes, moralisters og ældre lægers anbefalinger (Løkke, 1998, 2000, 2008).

Børneplejestationerne

Anne Løkke fremhæver, at børneplejestationerne kan beskrives som et uhyre vellykket forebyggelsesinitiativ og som en ubetinget succes set i relation til at nedsætte den høje børnedødelighed (Løkke, 1998). I 1920-erne lå dødeligheden i det første leveår generelt mellem 7 og 10 %, mens den til sammenligning kun var 2 % blandt de børn, der besøgte børneplejestationerne (Thamdrup, 1994).

I samarbejde med formanden for menighedsplejerne, dr.theol. Alfred Jørgensen, tog Svenn Monrad initiativ til at etablere disse børneplejestationer, hvoraf de første seks blev åbnet i København i 1908. Børneplejestationerne tilbød gratis lægetilsyn af spædbørn med det formål at nedsætte den høje børnedødelighed. Som følge af en betydelig stigning i antallet af kvinder på arbejdsmarkedet var amningen aftagende. På de danske børneplejestationer satsede man derfor primært på at støtte og undervise fattige diegivende mødre. Støtten bestod i udlevering af mælk til moderen selv (Thamdrup, 1994).

Etableringen af børneplejestationerne skete efter fransk forbillede. Alfred Jørgensen var gennem en international filantropisk kongres i 1906 blevet opmærksom på, hvordan man med etablering af såkaldte poliklinikker kunne forebygge spædbørnsdødelighed. På disse klinikker modtog man såvel sunde som syge børn og både børn, der blev ammet, og børn, som blev flaskeernæret. I Danmark blev arbejdet grebet radikalt anderledes an. Her modtog man udelukkende sunde børn samt børn, som blev ammet, på børneplejestationerne. Denne beslutning om at fremhæve amningen blev taget af Svenn Monrad, som havde det lægefaglige ansvar for disse børneplejestationer, mens

menighedsplejerne tog sig af de økonomiske og organisatoriske problemstillinger (Løkke, 2008).

De fleste børneplejestationer lå i København og i de andre store byer, og frem til 1930 var de udelukkende et tilbud til fattige mødre. I 1940-erne var der 47 børneplejestationer, heraf 34 i København. Da loven om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed i det første leveår trådte i kraft i 1937, blev børnestationernes arbejde ændret, således at der skulle foretages kvartalsundersøgelser af børn, der var under sundhedsplejerskernes tilsyn. Det blev endvidere påpeget, at såfremt børneplejestationer ikke var oprettet, ville der indtil videre ikke være nogen anledning til at søge dem oprettet. Såfremt en kommunalbestyrelse på eget initiativ ønskede at oprette børneplejestationer sideløbende med sundhedsplejerskeordningen, henstillede Sundhedsstyrelsens vejledning til, at man først gennemførte sundhedsplejerskeordningen og gennemprøvede den, for senere - på grundlag af de indhøstede erfaringer - at overveje, hvorvidt det var hensigtsmæssigt også at oprette en børneplejestation (Sundhedsstyrelsen, 1937b). Sundhedsplejerskeordningen blev dermed fremhævet som den primære foranstaltning, og børnesundhedspleje-arbejdet blev primært lagt i hænderne på de nye sundhedsprofessionelle, sundhedsplejerskerne.

Børneplejestationerne mistede deres popularitet i 1970erne og blev herefter gradvist nedlagt. Den sidste lukkede i 1986 (Løkke, 2008).

Sundhedspleje-fagets etablering

Tanken om at mobilisere en særlig faggruppe som frontfigurer i kampen mod spædbørnsdødeligheden kan med ANT læses som effekt af en bestemt samling af særlige aktører (såvel humane som non-humane) på et bestemt historisk tidspunkt. Især den amerikanske Rockefeller Foundation, som fik stor indflydelse på etableringen af den danske velfærdsstat, fik en særlig betydning set i relation til de strategier og valg, der blev truffet undervejs i forhold til etableringen af den danske sundhedsplejeordning (Buus, 2001, 2002, 2008).

Interesser og aktører

Rockefeller Foundation blev stiftet i 1913 af oliemagnaten John D. Rockefeller[45]. Der er tale om en filantropisk organisation, som havde til formål: *"To promote 'scientific' solutions to social problems"*[46]. Formålet var således at fremme videnskabeligt funderede løsninger på sociale problemer. I henhold til dette formål arbejdede fonden såvel nationalt som internationalt med en lang række aktiviteter, aktiviteter der kunne bidrage til at samle viden om, hvordan menneskers sygdom og fattigdom kunne forebygges inden for en liberalistisk forståelse af frihed og lighed.

Udgangspunktet for fondens arbejde var forståelsen af, at der manglede viden om mennesket, dets adfærd og relationer, samt at indsamling af en sådan viden ville kunne bidrage til en løsning af en række sociale problemer uden samtidig at ændre det kapitalistiske system. På den måde arbejdede fonden ud fra en dobbelt målsætning om at producere viden om væsentlige sociale forhold, som herefter kunne gøres tilgængelig for såvel politiske beslutningstagere som for den enkelte borger (Buus, 2002, 2008).

George Stroede, læge og direktør for den europæiske sektion af Rockefeller Foundations International Health Division i perioden 1928-51, var i 1928 på besøg i Danmark. Her mødtes han med Thorvald Madsen, daværende direktør for Statens Seruminstitut og leder af den hygiejniske afdeling i Folkeforbundet. Thorvald Madsen havde kendskab til Rockefeller Foundation og dens arbejde dels gennem sit arbejde i Folkeforbundet og dels, fordi han ved en tidligere lejlighed havde modtaget økonomisk støtte til sit eget instituts epidemiologiske afdeling (Buus, 2008). Netop Folkeforbundet var på daværende tidspunkt optaget af problemstillingen omkring spædbørnsdødelighed og var netop ved at afslutte en undersøgelse af dette fænomen. Dette havde gjort et stort indtryk på Seruminstituttets direktør, og han var interesseret i at gennemføre en videnskabelig undersøgelse af spædbørnsdødelighed i Danmark.

Umiddelbart fandt Stroede, at en sådan undersøgelse lå uden for Rockefeller Foundations interesseområde. Han fremhævede dog, at fonden muligvis kunne være interesseret, hvis undersøgelsen kunne kombineres med den såkaldte "Public Health Nursing"-tankegang (Jeg vender tilbage til dette begreb senere i dette afsnit samt i det næste kapitel). I så fald

[45] Fonden eksisterer den dag i dag og beskriver nu sin mission således: *To promote the well-being of humanity throughout the world* (The Rockefeller Foundation, 2014).
[46] Citatet er gengivet på baggrund af Buus (2001).

skulle der være tale om bestræbelser på at etablere en permanent ”Public Health Nursing”-ordning.

Thorvald Madsen etablerede forbindelse mellem Stroede og Johannes Frandsen, medicinaldirektør i Sundhedsstyrelsen, som kunne se muligheder i et sådan samarbejde.

Figur 10. Spædbørnsdødeligheden som afsæt for forsøgsordningen med sundhedsplejersker 1929-1934 (På baggrund af Buus, 2008)

Så da Stroede tre måneder efter vendte tilbage, havde Frandsen udarbejdet en plan, der involverede interesserede embedslæger og sogneråd. Der blev nedsat en komité, som skulle styre forsøgsordningen, og ud over Thorvald Madsen og Frandsen deltog Svenn Monrad samt L.C. Fredericia, professor i hygiejne. Herved blev en række personer og grupper med forskellige projekter forbundet med hinanden (se ovenstående figur) og blev indrulleret i et projekt, hvor Rockefeller Foundations økonomiske midler samt Fondens forståelse af ”Public Health” som et middel til at opretholde en liberalistisk ideologi fik en særlig betydning.

Forsøgsordning med sundhedsplejersker

En forsøgsordning med sundhedsplejersker blev sat i gang i 1929, og da var der allerede sket en forskydning i forhold til Thorvald Madsens indledende projekt, der havde fokus på fænomenet spædbørnsdødelighed, til at projektet i højere grad blev en videreførelse af Sundhedsstyrelsens og Svenn Monrads projekt med fokus på rådgivning og vejledning af mødre, som i et vist omfang var i tråd med Rockefeller Foundations ”Public Health”-projekt.

Forsøgsarbejdet med sundhedsplejersker blev gennemført i tre distrikter, Give, Holbæk og Vesterbro, og tre forsøgssundhedsplejersker, Anna Petersen, Else Weirgang og Johanne Lundin, var blevet personligt udvalgt af Monrad og Frandsen på baggrund af videreuddannelser gennemført i udlandet, deres kvalifikationer samt formentlig også på baggrund af Monrads personlige og arbejdsmæssige kendskab til dem (Amlund, 2008; Buus, 2001).

Tre kontroldistrikter, Hornsyld, Kalundborg og Nørrebro, blev udvalgt. Her fik jordemødre til opgave at registrere spædbørnsdødeligheden, så man kunne få et sammenligningsgrundlag for en evaluering af forsøgsordningen med sundhedsplejersker. Ifølge Henriette Buus var disse tre kontroldistrikter ikke et tilfældigt valg. De blev valgt ud fra strategiske frem for videnskabelige hensyn for dermed at kunne bidrage til at fremstille sundhedsplejerskeordningen i et fordelagtigt lys. I den afsluttende evaluering blev indsatsen da netop også beskrevet som en succes med henvisning til, at 98,8 % af familierne i landdistrikterne med børn på 0-1 år tog imod tilbuddet om besøg af en sundhedsplejerske mod 85 % på Vesterbro, og med henvisning til, at spædbørnsdødeligheden faldt i de tre interventionsområder (Amlund, 2008; Buus, 2001; Frandsen, 1963; Lichtenberg, 2002).

Rockefeller Foundation støttede ikke blot forsøgsordningen med økonomiske midler. Fonden gav også økonomisk og praktisk støtte til en modernisering af Sundhedsstyrelsens statistiske kontor, således at det dels kunne leve op til fondens krav om afrapportering og dels blev i stand til at dokumentere det fald i børnedødelighed, som kunne bidrage til at beskrive forsøgsordningen og sundhedsplejerskernes arbejde som en succes og dermed bane vejen for en vedtagelse af loven om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår (Buus, 2008).

Efterfølgende er der blevet sat spørgsmålstegn ved forståelsen af det gode resultat, ikke mindst fordi Sundhedsstyrelsen ikke havde registreret og vurderet spædbørnsdødeligheden i forsøgsområderne forud for interventionen. Forsøgsordningens resultater blev derfor sammenlignet med landsgennemsnittet. Desuden var faldet i børnedødeligheden ubetydeligt set i forhold til de udvalgte kontroldistrikter (Buus, 2001). Endeligt beskæftigede evalueringen sig ikke med problemstillinger i forhold til sygelighed, dødelighed eller ernæring osv., men var hovedsagligt rettet mod det forhold, at mødrene var glade for og tilfredse med at få besøg af sundhedsplejersken, og at meget få afslog tilbuddet (Axelsen, 1995).

Når den danske sundhedsplejerskeordnings tilblivelse læses som et komplekst net af vidtrækkende forgreninger, der omfatter relationer mellem en række aktører, såvel humane som non-humane, med forskellige interesser og dagsordener, internationale politiske strategier og alliancer, nationalstatens opretholdelse og konsolidering, positioneringer inden for det sundhedsfaglige felt, faglige kampe om anerkendelse og økonomiske midler osv., så bliver det også interessant at rette fokus mod, hvordan det gik til, at det blev sygeplejersker og ikke andre faggrupper som f.eks. jordemødre, der fik retten til at udføre dette nye ”Public Health” inspirerede sundhedspleje-arbejde.

Jordemoderforeningen så også muligheder for medlemmerne i forhold til tankerne om en sundhedsplejerskeordning, og foreningen kunne henvise til såvel lægefaglig støtte fra et medlem af Foreningen for Gynækologi og Obstetrik som til en vellykket forsøgsordning i Skanderborg Amt, hvor lokale jordemødre varetog en sundhedsplejeordning. Disse erfaringer fik dog ingen indflydelse på udformningen af den endelige sundhedsplejerskeordning trods Monrads udtalelse om, at der ikke principielt var noget i vejen for, at jordemødre kunne varetage stillingerne som sundhedsplejersker. Det ville i så fald forudsætte, at jordemødrene skulle have en videreuddannelse med vægt på varetagelsen af sociale problemstillinger (Cliff, 2002).

Umiddelbart kan valget således forklares ud fra, at datidens jordemødre manglede uddannelse. Det gjorde sygeplejerskerne imidlertid også, og der blev derfor oprettet en særlig uddannelsesinstitution, som skulle varetage den formelle uddannelse, som skulle kvalificere til arbejdet (dette vender jeg tilbage til i næste afsnit).

I et amerikansk perspektiv skelnes ikke umiddelbart mellem sygeplejersker og jordemødre, som det gøres i Danmark, idet den amerikanske jordemoderuddannelse overordnet set er en overbygning på sygeplejerskeuddannelsen[47]. I stedet kan noget af forklaringen på valget af sygeplejersker frem for jordemødre være den sociale status, de respektive fag havde på daværende tidspunkt. Mens jordemoderuddannelsen aktuelt har en meget høj status, der bl.a. kan læses gennem kravet om et højt karaktergennemsnit som forudsætning for optagelse på studiet, var det tidligere almindeligt, at jordemødre var kvinder med rødder i lavere sociale lag. Det var først i løbet af 1940-erne, at udviklingen mod den nutidige forståelse af jordemoderfaget tog fart (Cliff, 2002).

Buus peger på, at Sundhedsstyrelsen var bekymret for, at socialt bedre stillede mødre ville afvise den nye sundhedsprofessionelle, sundhedsplejersken. Sundhedsplejerskeidealet var derfor en *kvinde af den rette støbning*, hvilket betød, at ud over at demonstrere personlig egnethed skulle hun have social indsigt og forståelse samt takt og evne til at omgås mennesker (Buus, 2001).

Ansøgningerne om sundhedsplejerskestillinger skulle indledningsvist indsendes til pågældende ansættende myndighed, dvs. kommunerne. Herefter skulle embedslægen og lægekredsforeningens hygiejneudvalg have lejlighed til at gøre sig bekendt med ansøgningerne, som herefter blev tilbagesendt til den ansættende myndighed med amtslægens indstilling påtegnet sagen (Sundhedsstyrelsen, 1937b).

På denne måde blev Sundhedsstyrelsen og lægerne en form for gate-keepere ikke blot i forhold til, at det blev sygeplejerskerne, der vandt retten til funktionen som sundhedsplejersker, men også i forhold til hvilke sygeplejersker, der fik muligheden for en stilling som sundhedsplejerske, idet Styrelsen og lægerne fik stor indflydelse på den faktiske udvælgelse og ansættelse af sundhedsplejersker.

[47] Aktuelt ses forskellige udgaver af jordemoderuddannelsen i USA, hvor uddannelsen både kan være en overbygning på en sygeplejerskeuddannelse og en selvstændig uddannelse med det, der kaldes ”direct entry”.

Krav i forhold til optagelse på Kursus for sundhedsplejersker, 1938	Krav i forhold til optagelse på Specialuddannelsen til sundhedsplejerske, 2011
• Mindst 2 års erfaring efter autorisation som sygeplejerske • Mindst 6 mdr. på pædiatrisk specialafdeling • Kendskab til pasning af raske børn • Kendskab til pleje af patienter med tuberkulose og hud- og kønssygdomme anses for værdifuld • Nogen erfaring med hjemmepleje (Buus, 2001)	• Bestået dansk eller udenlandsk sygeplejerskeeksamen på bachelorniveau eller anden dansk eller udenlandsk sygeplejerskeeksamen samt et modul i en diplomuddannelse i videnskabsteori og metode eller tilsvarende • Dansk autorisation som sygeplejerske • Klinisk erfaring fra ansættelse som sygeplejerske svarende til mindst 2 års fuldtidsansættelse inden for minimum to af følgende områder, heraf mindst et ansættelsesforløb af 8 måneders varighed: a) Svangre- og barselpleje b) Neonatalogi c) Pædiatri d) Børne- og ungdomspsykiatri e) Lægekonsultation f) Hjemmesygepleje • Skriftlig ansættelsesaftale med en kommune (for Færøerne og Grønland gælder ansættelse under statslige myndigheder) omfattende systematisk, superviseret og vejledt klinisk uddannelse af et samlet omfang på 6 måneder (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011b, § 3)

Figur 11 Optagelseskrav, sundhedsplejerskeuddannelsen 1938 og 2011.

Kursus for sundhedsplejersker

I Rockefeller Foundations version af ”Public Health” var de sygeplejersker, som skulle arbejde med ”Public Health”-opgaver, uddannede på ”Schools of Public Health” på universitetet. Det var således fondens ideal, at ”Public Health Nursing” skulle være en selvstændig disciplin med eget vidensområde og forskning, hvor både den videnskabelige og den praktiske side skulle vægtes i uddannelsen af ”Public Health”-sygeplejersker.

I en sådan version af ”Public Health” anerkendes sygeplejersker som værende på niveau med læger og ikke i en underordnet position i forhold til disse. Herved står den amerikanske ”Public Health”-model, således som den blev formuleret af Rockefeller Foundation, i modsætning til f.eks. den engelske model, hvor sygeplejersken ikke opfattes som en selvstændig figur, men derimod ses som lægens assistent eller forlængede arm.

Frandsen støttede ikke den amerikanske forståelse af ligestilling mellem lægen og de nye sundhedsplejersker. Det var hans opfattelse, at lægen fortsat skulle være familiens primære sundhedsrådgiver. Dette betød, at sundhedsplejerskerne i den danske sundhedsplejerskeordning fik tildelt en position, som i højere grad lagde sig i forlængelse af den engelske model end den amerikanske (Buus, 2008).

Med ønsket om en udbredelse af ”Public Health”-tankegangen med henblik på at producere viden om væsentlige sociale forhold, som efterfølgende kunne gøres tilgængelige for såvel borgere som politikere, havde fonden en interesse i at støtte oprettelsen af den danske uddannelsesinstitution, som skulle kvalificere sygeplejersker til at varetage opgaverne i forbindelse med bekæmpelse af sygelighed og dødelighed[48] (Buus, 2001, 2002, 2008). Det var således økonomiske midler fra henholdsvis Rockefeller Foundation og De Danske Livsforsikringsselskaber, som muliggjorde oprettelsen af Kursus ved Aarhus Universitet for Sundhedsplejersker og for ledende og undervisende Sygeplejersker i 1938. Efter fire år overtog staten ansvaret for driftsudgifterne (Andersen et al., 1988; Buus, 2008).

I bogen *Indretning og efterretning* (2008) redegør Henriette Buus for, hvordan Rockefeller Foundation og dens såkaldte officerer arbejdede målrettet for at fremme bestemte ideer og særlige forståelser af ”Public Health”. Fonden gav således ikke blot økonomisk støtte. Projekterne med sundhedsplejerskeordning og den særlige uddannelse blev fulgt tæt, ligesom betydningsfulde nøglepersoner i Danmark blev udpeget og sendt på studiebesøg i forsøget på at udvikle og fastholde fondens særlige forståelse af ”Public Health”. F.eks. blev Frandsen inviteret til en mønsteruddannelsesinstitution i Finland, som arbejde efter Fondens principper (Buus, 2008).

Forud for den endelige bevilling til etablering af uddannelsesinstitutionen sendte Frandsen tre sygeplejersker på en etårig uddannelse på Columbia University Teachers College i New York, USA. Pengene til de tre studieophold stammede fra American Scandinavian Foundation samt livsforsikringsselskabet Hafnia. Disse sygeplejersker blev udvalgt med hjælp fra Dansk Sygeplejeråd, og ideen var, at disse tre efter endt uddannelse skulle varetage jobbene som ledere af de tre påtænkte uddannelser på den nye

[48] Kursus ved Aarhus Universitet for Sundhedsplejersker og for ledende og undervisende Sygeplejersker åbnede og påbegyndte sin virksomhed 1. februar 1938. I 1958 skiftede uddannelsesinstitutionen navn til Institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet, og fra 1965 hed den Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus universitet. Der var således en nær relation til Aarhus Universitet, men højskolen var ikke en egentlig del af universitetet (Andersen et al., 1988).

uddannelsesinstitution, sundhedsplejerskeuddannelsen samt uddannelserne i forhold til ledelse og undervisning i sygeplejen (Buus, 2008).

Selvom Rockefeller Foundation ikke støttede videreuddannelsen af de tre ledere økonomisk, var fonden alligevel stærkt involveret. Miss Mary Beard fra Rockefeller Foundation, som selv var uddannet ”Public Health Nurse”, var dels behjælpelig med at planlægge og tilrettelægge studieopholdet, så det blev målrettet de tre sygeplejerskers kommende funktioner og interesser, og dels besøgte hun dem i Danmark, efter at de var vendt tilbage og havde påbegyndt deres nye hverv. På den måde fik Rockefeller Foundation ikke blot stor indflydelse på tilrettelæggelsen af og indholdet i sundhedsplejerskernes videreuddannelse, men også på sygeplejerskers videreuddannelse inden for ledelse og undervisning (Buus, 2008).

Rockefeller Foundation arbejdede desuden aktivt for at udbrede ”Public Health”-tankegangen i sygeplejerskernes grunduddannelse og pressede på for at få denne uddannelse ændret i en mere teoretisk retning (Buus, 2002). Projektet med at fremme den teoretiske del af uddannelsen lykkedes dog først for alvor i 1990, hvor forholdet mellem teori og praktik blev 5:4 (Ministeriet for Forskning, Innovation og Videregående Uddannelser, 1990). Den aktuelle professionsbacheloruddannelse i sygepleje kan dermed også læses som en effekt af fondens arbejde i Danmark i perioden 1917-1951, hvor i alt 25 danskere blev tildelt et såkaldt *fellowship* fra Rockefeller Foundation.

Gennem disse *fellowships* blev sygeplejersker introduceret til fondens udgave af ”Public Health” og fik dermed lejlighed til at opleve, hvordan disse sygeplejersker i USA blev respekteret som noget særligt. Det betød, at de vendte tilbage til Danmark med den selvforståelse, at de havde noget særligt at tilbyde. Efter studieopholdet indtog disse sygeplejersker vigtige positioner i Sundhedsstyrelsen, i uddannelserne, i kommunerne og på hospitalerne som sundhedsplejersker, ledere og undervisere, og de etablerede et vidtrækkende netværk nationalt og internationalt, som bragte Rockefeller Foundations tanker om ”Public Health” videre med sig ind i det danske sundhedsvæsen (Buus, 2008).

Henriette Buus peger på, at danske sundhedsplejersker overvejende blev uddannet som ”Public Health”-sygeplejersker i Rockefeller Foundations forståelse af begrebet. Gennem fonden og dens medarbejderes engagerede arbejde blev forståelsen af ”Public Health” på forskellige måder indlejret gennem uddannelsen. Det betød, at de danske sundhedsplejersker stort set blev uddannet i henhold til Rockefeller Foundations forståelse af ”Public Health” på trods af, at den opgave, som de efterfølgende skulle

varetage i kommunerne, ikke på samme måde var udformet i henhold til fondens grundlæggende forståelse af ”Public Health”. Det betød, at sundhedsplejerskerne måtte kæmpe for at gennemføre det, som de havde lært, og som de opfattede som godt og rigtigt (Buus, 2008).

I forlængelse af ideen om at indsamle viden lagde Rockefeller Foundation stor vægt på journalføring. Sundhedsplejerskerne lærte således, at deres efterretninger om familierne var vigtige ikke blot som et instrument i eget arbejde, men også som et redskab til forskning, planlægning og styring. I forlængelse af Rockefeller Foundations ideal for ”Public Health” blev de især opmærksomme på betydningen af funktionen som såkaldte Community Leaders, hvor afsættet for arbejdet blev taget i familien. Lokalkendskabet samt opbygningen af et tæt kendskab til familierne gjorde det ifølge denne tankegang muligt at rådgive, vejlede, undervise, opdrage og ansvarliggøre familierne til bestemte praksisser, samtidig med at familierne kunne observeres, overvåges og gøres til genstand for indsamling af data.

Med uddannelsesreformen og dannelsen af de såkaldte centre for videregående uddannelser - forløberen for nutidens professionshøjskoler - i 2001 var Danmarks Sygeplejerskehøjskoles rolle udspillet, og institutionen lukkede d. 1.1 2003 (Kjærgaard, 2003). Ved lukningen blev sundhedsplejerskeuddannelsen virksomhedsoverdraget til Jysk CVU[49] med forlagt undervisning på CVU Øresund[50] (Bagh, 2001).

Den aktuelle uddannelse, specialuddannelsen til sundhedsplejerske, som havde været i støbeskeen siden lukningen af Danmarks Sygeplejerskehøjskole, trådte i kraft pr. 1.1 2012 med VIA University College og Professionshøjskolen Metropol som udbydere af uddannelsen på lige fod.

[49] I dag VIA University College.
[50] I dag Professionshøjskolen Metropol.

Sundhedsplejerskers ansvars- og funktionsområde:
Vejledning og individuel støtte til gravide og til spæd- og småbørnsforældre, børn og unge i den undervisningspligtige alder, deres forældre samt gruppeaktiviteter for samme, herunder:

1. ***Sundhedspleje til alle nyfødte i relation til barselsperioden, herunder medvirken til at fremme moderens evne til og mulighed for at amme***

2. ***Funktionsundersøgelser af og regelmæssig kontakt med spæd- og småbørnsfamilier, herunder støtte til familiedannelse og tilknytning mellem barn og forældre***

3. ***Funktionsundersøgelser af og regelmæssig kontakt med børn i den undervisningspligtige alder samt deres forældre, herunder gennemførelse af de lovpligtige ind - og udskolingsundersøgelser – efter kommunalbestyrelsens beslutning***

4. ***Støtte, udredning og opfølgning i relation til omsorg og indsatser for sundhedsmæssigt truede børn og unge, herunder tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med almen praksis, den kommunalt ansatte læge, socialforvaltning, pædagogisk psykologisk rådgivning og andre***

5. ***Konsulentbistand til dagtilbud og skoler***

6. ***Sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter i lokalsamfundet***

7. ***Kvalitetssikring og –udvikling af sundhedsfaglige ydelser i den kommunale sundhedstjeneste, herunder bidrag til udarbejdelse og implementering af sundhedsaftaler og sundhedspolitikker***

8. ***Generel forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til børn/unge og deres forældre***

9. ***Supervision og praktikvejledning til sygeplejersker under uddannelse til sundhedsplejerske***

Uddannelsesordning for specialuddannelsen til sundhedsplejerske, godkendt i Sundhedsstyrelsen 23.12.11 (Via University College og Professionshøjskolen Metropol, 2011).

Transformationer af forståelser over tid

Det sidste nedslag i dette historiske tilbageblik på sundhedspleje som fag, opgave og arbejde retter blikket mod de love, bekendtgørelser og dokumenter, som knytter sig hertil, og især mod de bevægelser og transformationer i forståelserne af sundhedspleje som opgave og fag, der kommer til syne i og gennem overgangene mellem de enkelte love.

Lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed i det første leveår (Indenrigsministeriet, 1937)	**Lov om sundhedsplejerskeordninger (Indenrigsministeriet, 1963)**	**Lov om sundhedsplejerskeordninger (Indenrigsministeriet, 1973)**	**Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 1995)**	**Sundhedsloven - Forebyggende sundhedsydelser for børn og unge (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2005)**	**Sundhedsloven - Forebyggende sundhedsydelser for børn og unge (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010a)**
Bilag til Vejledning vedrørende gennemførelse af lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår: Mønsterinstruks for sundhedsplejersker (Sundhedsstyrelsen, 1937) (6 sider)	Vejledning og instruktion vedrørende sundhedsplejerskeordningen (Sundhedsstyrelsen, 1954 1961) (11 sider)	Retningslinjer for tilrettelæggelse af sundhedsplejerskeordninger (Sundhedsstyrelsen, 1974) (12 sider)	Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinjer (Sundhedsstyrelsen, 1995) (94 sider)	Forebyggende sundhedsydelser for børn og unge – anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2007) (114 sider)	Forebyggende sundhedsydelser for børn og unge – vejledning (Sundhedsstyrelsen, 2011b) (177 sider)
Kommunerne kan ansætte sundhedsplejersker	Kommunerne bør ansætte sundhedsplejersker	Kommunerne skal ansætte sundhedsplejersker	Kommunerne skal ansætte sundhedsplejersker	Kommunerne skal ansætte sundhedsplejersker	Kommunerne skal ansætte sundhedsplejersker

Figur 12 Sundhedsplejens lovmæssige grundlag 1937-2011.

Kan, bør og skal ansætte sundhedsplejersker

Med den første lov, lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår, som trådte i kraft i 1937, blev der åbnet mulighed for, at kommunerne kunne søge statstilskud til at dække halvdelen af udgifterne til ansættelsen af sundhedsplejersker med henblik på at varetage opgaverne i henhold til loven (Indenrigsministeriet, 1937b). Det var således frivilligt for kommunerne, og incitamentet var et økonomisk tilskud til at oprette en sundhedsplejerskeordning.

Muligheden for at søge statstilskud til at dække halvdelen af udgifterne blev opretholdt i den efterfølgende lov om sundhedsplejerskeordninger i 1963. Lovteksten er imidlertid blevet ændret, således at det nu fremhæves, at kommunerne *bør* ansætte det fornødne antal sundhedsplejersker til at varetage opgaverne i henhold til lovens formål (Indenrigsministeriet, 1963). Det var således fortsat frivilligt for kommunerne, om de ville etablere en sundhedsplejerskeordning, men loven indeholdt nu en opfordring til at gøre det.

I den tredje lov fra 1973, lov om sundhedsplejerskeordninger, er frivilligheden blevet skrevet ud af loven. Det blev fastslået, at kommunalbestyrelsen nu var forpligtet til at tilrettelægge en sundhedsplejerskeordning og til at ansætte det nødvendige antal sundhedsplejersker. Ved samme lejlighed blev statstilskuddet, som var øremærket til sundhedsplejerskeordningen, afskaffet[51] (Indenrigsministeriet, 1973).

Kommunernes forpligtelse til at tilrettelægge forebyggende sundhedsydelser for børn og unge samt til at ansætte sundhedsplejersker er fastholdt i tiden herefter, hvilket fremgår af den gældende bekendtgørelse (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010b, § 10). Udviklingen er således gået fra *kan* over *bør*, til at kommunen *skal* tilrettelægge sundhedsplejerskeordninger og i forlængelse heraf ansætte sundhedsplejersker.

En anden interessant pointe, som også fremgår af skemaet, er, at titler ændres over tid. Dette gælder både titlerne på selve loven, som jeg vil vende tilbage til i de kommende afsnit, og på det dokument, Sundhedsstyrelsen ifølge loven skal udarbejde med henblik på at oversætte de til enhver tid gældende lovbestemmelser til forslag om konkrete praksisser. Som det fremgår af skemaet, er der sket forskydninger i titlen på dette dokument fra ”instrukser/vejledning” over ”retningslinjer” og ”anbefalinger” og tilbage til den aktuelle betegnelse ”vejledning”.

Mens såvel instrukser som retningslinjer kan læses som et påbud rettet mod at gøre noget bestemt og på definerede måder, synes anbefalinger i højere grad at tilskynde til bestemte praksisser, hvilket indikerer et større råderum og en vis valgfrihed for kommunerne og kommunalbestyrelsen i forhold til, hvordan man ønsker at leve op til sundhedslovens bestemmelser. En vejledning retter opmærksomheden mod, hvad der kan opfattes som mest hensigtsmæssigt i en given situation, dvs. en slags ”Best Practice”, og i den

[51] Ud over en reduktion af kommuner og amter medførte kommunalreformen i 1970 en ændret finansiering af kommunernes aktiviteter, hvor statens tidligere øremærkede refusioner af kommunernes og amternes faktiske udgifter blev afløst af generelle statstilskud i form bloktilskud (Pallesen, 2003, s. 9-10).

sammenhæng udpeges nogle særligt relevante, faglige opmærksomhedsfelter. Endeligt er det bemærkelsesværdigt, hvordan omfanget af dokumentet er blevet øget betydeligt over tid, fra 6-11 sider til de nuværende 177.

Med sine 177 sider er den aktuelle vejledning yderst detaljeret[52]. F.eks. er hvert af de 5-6 hjemmebesøg til børn under ét år og deres familier omhyggeligt beskrevet med bestemte sundhedsfremmende mål, beskrivelse af barnets forventede udviklingstrin samt nogle konkrete opmærksomhedspunkter, som sundhedsplejersken skal/bør/kan forholde sig til. Henvisninger til forskning og undersøgelser udgør det faglige fundament under forestillingen om den gode sundhedspleje.

Den aktuelle vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge understreger, at disse ydelser skal tilrettelæggelses på en sådan måde, at alle børn og unge får tilbud i henhold til lovens bestemmelser, og ydelserne skal desuden tilrettelægges på en sådan måde, at tilsynspligten bliver overholdt, samtidig med at tilbuddet er i overensstemmelse med familiernes behov.

Fra bekæmpelse af sygelighed og dødelighed til sundhedsplejerskeordning

Ved etableringen af sundhedsplejerskeordningen i 1937 var opgaven i henhold til loven rimelig klart defineret. Opgaven var rettet mod at bekæmpe dødelighed og sygelighed, og målgruppen var børn i det første leveår. Sundhedsplejerskens arbejde samt opgave- og ansvarsfordelingen mellem læger og sundhedsplejersker var nøje beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning.

> ***Den mere detaljerede udformning af sundhedsplejerskens arbejde og hendes samarbejde med andre medicinalpersoner inden for området er et spørgsmål af afgørende vigtighed. Dels er det vigtigt, at sundhedsplejersken instrueres omhyggeligt vedrørende arbejdets karakter og omfang og vedrørende dets begrænsning, og dels er det vigtigt, at stedets andre medicinalpersoner, med hvem hun kommer til at samarbejde, gøres bekendt dermed. Derfor er det nødvendigt, at der for enhver sundhedsplejerske udarbejdes en instruks, der giver de fornødne direktiver for hendes arbejde*** **(Sundhedsstyrelsen, 1937b).**

[52] Vejledningen beskriver ikke blot sundhedsplejerskens opgaver med børn under ét år, men dækker tiden fra graviditet/fødsel til udskoling, og den retter sig også mod andre relevante faggruppers indsats, først og fremmest den praktiserende læges.

Vejledningen og den tilhørende mønsterinstruks for sundhedsplejersker kan læses som tiltag, der skal bidrage til at sikre lægers støtte til gennemførelsen af lovens bestemmelser ved at trække nogle meget klare grænser mellem lægens og sundhedsplejerskens arbejde. Sundhedsplejerskens opgave er således afgrænset til udelukkende at omfatte det sunde barns ernæring og pleje:

> *Sundhedsplejerskernes opgave er alene at give råd og vejledning med hensyn til det sunde barns ernæring og pleje, og hun skal herved i alt væsentligt følge de anvisninger, der er givet i den af Sundhedsstyrelsens udgivne "Vejledning i det spæde barns ernæring og pleje", samt i øvrigt i fornødent omfang samarbejde med hjemmets læge.*
>
> *Overfor det syge barn har sundhedsplejersken ingen rådgivende eller plejende funktioner* (Sundhedsstyrelsen, 1937b, bilag a, § 1).

Hierarkiet er klart defineret, og selv om det sundhedsfaglige arbejde med børn under ét år herefter opdeles mellem det sunde og det syge barn, og selv om sundhedsplejersker skal arbejde selvstændigt, så skal arbejdet stadig udføres på baggrund af instrukser udstukket af læger og under tilsyn af læger.

Sundhedsplejerskens arbejde skal alene foregå ved besøg i barnets hjem, og det er helt frivilligt for forældrene, om de ønsker hendes hjælp:

> *Det er og skal være ganske frivilligt, om hjemmene vil modtage hendes hjælp, og hun må derfor selv sikre sin adgang ved taktfuld optræden og uden nogen sinde at forsøge på at påtvinge hjemmene sine besøg. Hun må søge de fornødne oplysninger og gøre sine iagttagelser på en sådan måde, at familien ikke føler sig generet derved* (Sundhedsstyrelsen, 1937).

Når sundhedsplejersken får adgang til hjemmet, skal hun ikke blot tage sit udgangspunkt i og følge Sundhedsstyrelsens vejledning. Hun skal også lære moderen at rådføre sig med den:

Ved sine regelmæssige besøg i hjemmet giver hun dels ved mundtlig vejledning og dels ved demonstrationer et praktisk kursus i barnets ernæring og pleje, ligesom hun lærer moderen at rådføre sig med Sundhedsstyrelsens vejledning (Sundhedsstyrelsen, 1937).

Sundhedsplejerskens arbejde skal dermed tage afsæt i de tanker, som blev formuleret i det danske medicinske børneplejeprogram med dets særlige vægt på de tre principper om ro, renlighed og regelmæssighed (se nedenstående skema), hvor der - som Anne Løkke påpegede - var en indbygget konflikt mellem anbefalingerne i forhold spædbarnets pleje på den ene side og anbefalingerne om ernæringen med vægt på amning på den anden side.

Princippet om ro	**Princippet om renlighed**	**Princippet om regelmæssighed**
Sundhedsplejersken foranlediger, at barnet under hele sit første leveår får den betydningsfulde ro og hvile, og lægger herunder den største vægt på, at barnet straks får sin egen seng (Sundhedsstyrelsen, 1937).	*Sundhedsplejersken virker for, at den størst mulige renlighed gennemføres såvel for moderens og barnets vedkommende som for alt, hvad der kommer i berøring med barnet* (Sundhedsstyrelsen, 1937).	*Sundhedsplejersken underviser i diegivning og indskærper betydningen af hurtigt at vænne barnet til regelmæssige måltider med passende nattepause. Under normale forhold tilrådes (enten 6-7 måltider med 6-8 timers nattepause – (eller) 5 daglige måltider, nemlig hver 4. timer og med 8 timers nattepause* (Sundhedsstyrelsen, 1937).

Figur 13. Principperne om ro, regelmæssighed og renlighed

Det fremhæves som en særlig forudsætning for sundhedsplejerskens arbejde, at hun skal have den fornødne tid til rådighed til sit egentlige arbejde, dvs. til at give grundig og omhyggelig vejledning. God tid beskrives således som noget, der har betydning for sundhedsplejerskens effektivitet, således at hendes arbejde og undervisning kan tilrettelægges efter de respektive familiers særlige behov og vanskeligheder. God tid

kobles også til mulighederne for at vide, hvad hun i de respektive familier skal lægge særlig vægt på (Sundhedsstyrelsen, 1937).

Desuden er det af betydning for hendes samarbejde med de øvrige medicinalpersoner, at det er fastlagt, hvad hun i sin virksomhed og ikke mindst i dennes grænseområder må tage sig af, og hvad hun her normalt lærer familierne og tilråder dem at gøre (Sundhedsstyrelsen, 1937).

Den ret præcise lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blev i 1963 afløst af Lov om sundhedsplejerskeordninger. Med den nye lovtitel er fokus blevet flyttet fra selve opgaven og i stedet rettet mod dem, der skal løfte den, dvs. sundhedsplejerskerne. Målgruppen for sundhedsplejerskernes arbejde er forsat spædbørn, men der nu også mulighed for, at en sundhedsplejerske kan varetage opgaver i forhold til skolesundhedspleje og hjemmesygepleje i henhold til de gældende bestemmelser på disse områder (Indenrigsministeriet, 1963, § 3).

Opgaven handler ikke længere primært om at bekæmpe sygdom og dødelighed, men derimod om at sikre barnets sundhed ved at støtte hjemmene i deres bestræbelser på dette. (Indenrigsministeriet, 1963, § 1). Den forskydning fra børnedødelighed til rådgivning og vejledning, der som tidligere nævnt allerede var en praksis ved den første lovs ikrafttrædelse i 1937, er nu blevet formaliseret gennem selve lovgivningen.

Sundhedsplejerskeordningen må især tilgodese børn med særlige behov og omfatte:

Sundhedsvejledning til forældre om børnenes legemlige og psykiske udvikling, herunder oplysning om sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger, der har til formål at fremme børnenes legemlige og psykiske sundhed og trivsel

Observation af børnenes sundhedstilstand og formidling til lægelig og social sagkundskab, såfremt observationen viser, at et barn trænger til behandling

Vejledning og bistand, herunder opsøgende arbejde, i samarbejde med lægelig og social sagkundskab til forældre, hvis børn har særlige behov

(Indenrigsministeriet, 1974, § 2)

I loven om sundhedsplejerskeordninger fra 1973 (Indenrigsministeriet, 1973) er det beskrevet, at ordningen især må tilgodese børn med særlige behov, samt at sundhedsplejersker skal yde vejledning og bistand med hensyn til sundhedstilstanden hos børn under den undervisningspligtige alder, som ikke går i skole eller i børnehaveklasse. Desuden kan sundhedsplejersken nu tilbyde vejledning og bistand til andre personer med behov herfor, hvilket åbner mulighed for aktiviteter som f.eks. graviditetsbesøg.

Fra forebyggende sundhedsordninger til forebyggende sundhedsydelser

Loven om forebyggende sundhedsordninger, som trådte i kraft pr. 1.1 1996, er efterfølgende blevet kaldt den mest omfattende lov på børnesundhedsområdet, da den samlede stort set alle forebyggende sundhedsordninger med fokus på børn i en fælles lov. Som det fremgår, flyttes fokus i lovens titel fra de tidligere ”sundhedsplejerskeordninger” til ”forebyggende sundhedsordninger”, hvilket flytter opmærksomheden væk fra sundhedsplejerskerne som dem, der skal varetage opgaverne i henhold til loven, og i højere grad retter den mod selve opgaven set i forhold til børnesundhed og organiseringen heraf.

Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer (1995) indebærer loven en forbedring af indsatsen over for alle børn og unge, men med særlig vægt på at styrke indsatsen over for børn og unge med særlige behov, der ikke tidligere har haft tilstrækkelig gavn af de eksisterende sundhedstilbud. Formålet med de nye sundhedsordninger er blevet udvidet fra, at sundhedsplejersken skal yde vejledning og bistand til forældre, til noget mere omfattende:

> *Kommuner og amtskommuner skal tilrettelægge forebyggende sundhedsordninger, som kan bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 1995, § 1).

Dette formål er blevet fastholdt i de efterfølgende love og er således fortsat gældende i den aktuelle lovgivning.

Med lov om forebyggende sundhedsordninger er det blevet fastlagt, at kommunens tilbud - og dermed sundhedsplejerskens arbejde - skal tilrettelægges således, at der ydes:

- En generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats
- En individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn
- En særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov

(Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 1995, § 1, stk. 2)

Disse tre punkter er blevet opretholdt i de lovtekster, som er fulgt efter, og er dermed stadig gældende i den aktuelle lovgivning (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010a).

I modsætning til de tidligere lovtekster er det specifikt skrevet ind i lovteksten i 1995, at *sundhedsplejerskens virksomhed i barnets første leveår normalt skal udøves ved besøg i hjemmet* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 1995, § 2, stk. 2). I den efterfølgende og gældende lovgivning er dette imidlertid taget ud af lovteksten igen og i stedet skrevet ind i bekendtgørelsen. Denne pointe vender jeg tilbage til i kapitel 7.

Et andet bemærkelsesværdigt forhold er, at mens loven taler om sundhedsplejerskens *virksomhed*, er denne virksomhed i bekendtgørelsen blevet oversat til sundhedsplejerskens *funktionsundersøgelser*, en ordlyd som efterfølgende er blevet fastholdt, og som dermed også optræder i den aktuelle bekendtgørelse.

Sundhedsplejerskens arbejde kan ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer omfatte:

- ***Funktionsundersøgelser***
- ***Overvågning af børn og unges sundhed***
- ***Undersøgelse, opsporing og vejledning omkring børn med særlige behov.***
- ***Generel sundhedsfremme og forebyggelse***
- ***Rådgivning og vejledning af andre faggrupper og kommunale myndigheder, som arbejder med børn og unge, herunder rådgivning om bl.a. hygiejniske forhold.***
- ***Deltagelse i tværfagligt samarbejde***
- ***Medvirken ved forskellige aktiviteter i lokalsamfundet***

(Sundhedsstyrelsen, 1995)

Arbejdet retter sig nu ikke blot mod børn og deres forældre, men omfatter også rådgivning og vejledning af andre faggrupper samt funktionen som konsulent. Desuden

fremhæves sundhedsplejerskens deltagelse i tværfagligt samarbejde som en del af sundhedsplejerskens arbejdsfelt.

Sundhedspleje er fortsat et tilbud, men det fremgår nu af bekendtgørelsen, at såfremt forældrene ikke ønsker at modtage besøg af sundhedsplejersken, skal hun i det konkrete tilfælde vurdere, hvorvidt der er behov for at underrette de sociale myndigheder, ligesom de kommunale myndigheder opfordres til at udarbejde retningslinjer for sundhedsplejerskens handlemåde, såfremt forældrene ikke ønsker at modtage ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste. Dette gælder dog kun i de tilfælde, hvor sundhedsplejersken anser det for vigtigt i forhold til barnet.

Som optakt til gennemførelsen af strukturreformen i 2007 blev alle love på sundhedsområdet, herunder også forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, samlet i en fælles lov, sundhedsloven, som trådte i kraft d. 1. januar 2007. Med denne nye sundhedslov ændres sundheds-*ordninger* til sundheds-*ydelser*.

Ordet *ydelser* er blevet fastholdt efterfølgende og er det fortsat i den gældende lov og bekendtgørelse (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010a, 2010b). Hvor ordet *ordning* kan henvise til den måde, hvorpå noget er tilrettelagt eller organiseret, kan ordet *ydelse* henvise til selve den tjeneste, den service eller det arbejde, som kommer modtageren til gode, og som tilbydes f.eks. i henhold til en lovgivning.

Sundheds(plejerske)ordningen

Dette historiske tilbageblik viser, at der var mange aktører involveret i sundhedspleje-fagets opståen - alle med hver deres forskellige interesse - og det interessante er bl.a., at den oprindelige initiativtager, Seruminstituttets direktør, tilsyneladende blev manøvreret ud undervejs, og at projektet i højere grad blev overtaget af Sundhedsstyrelsen, som allierede sig med Rockefeller Foundation.

Rockefeller Foundation og denne fonds forståelse af og tanker om ”Public Health” som et middel til både at afdække og til at løse sundhedsmæssige og sociale problemstillinger fik en særlig betydning gennem fondens økonomiske og praktiske støtte til forsøgsordningen og i tilslutning til oprettelsen af den særlige uddannelsesinstitution. Hvis noget kan beskrives som en succes, må det således især være, at fondens utrættelige arbejde den dag i dag kan spores i forståelserne af den danske sundheds- og sygepleje.

Med ANT er det en pointe, at det vindende perspektiv altid er ét blandt potentielle andre. Det betyder ikke, at et resultat er tilfældigt eller vilkårligt, men derimod at historien også kunne have udspillet sig på alternative måder. I tilslutning til problematikken omkring den alt for høje spædbørnsdødelighed var det f.eks. lægerne, og især de pædiatriske læger (ikke de obstetriske læger), som med udgangspunkt i videnskaben og de medicinske landevindinger erobrede rollen som professionelle eksperter i forhold til børns sundhed og sygdom og i forlængelse heraf tilegnede sig retten til at definere normerne for at kategorisere god spædbarnspleje. Dette skete imidlertid på bekostning af kvinders erfaringer, idealer, normer, traditioner og sunde fornuft.

Med sin henvisning til moderne naturvidenskabelige og lægefaglige argumenter og tilsidesættelsen af kvinders praktiske viden og erfaringer viste det medicinske børneplejeprogram sig at have nogle indbyggede konflikter, som fik utilsigtede effekter, der reelt modvirkede det, man gerne ville opnå, nemlig styrkelse af amning.

Når man på denne måde læser sundhedspleje-fagets etablering med indsigter fra ANT, kan faget sundhedspleje både læses som et muligt middel til at løse problemet med den alt for høje spædbørnsdødelighed i Danmark og som en effekt af et særligt aktør-netværks utrættelige arbejde.

I tiden efter opgaven og fagets etablering er sundhedspleje-arbejdet blevet stadig mere omfattende, idet opgaven har bevæget sig fra det mere afgrænsede og præcise i retning mod noget, som er mere omfattende og til dels diffust. Den primære målgruppe er blevet udvidet fra at omfatte kun spædbarnet til nu også at omfatte børn op til udskolingen. Hertil kommer at personer ud over den skolepligtige alder samt tværfaglige samarbejdspartnere også kan inkluderes.

Til dette kan tilføjes, den række af bevægelser og forskydninger i forståelserne af sundhedspleje, som kan opspores over tid. Mens ændringerne umiddelbart kan synes små og ubetydelige, f.eks. fra instruks til vejledning, kan bevægelsen fra sundheds*plejerske*-ordning til sundhedsordning læses som noget, der indikerer en langt mere gennemgribende forandring, end feltet umiddelbart forestiller sig, og i sidste ende bidrager alle disse forskydninger til en potentiel begrebsforvirring.

Den væsentligste pointe i forhold til dette projekt er, at når man zoomer ind på disse forskydninger, så bidrager de til at synliggøre, at feltet taler om sundhedspleje på flere forskellige måder, og at det dermed kan være vanskeligt helt at gennemskue, hvornår der tales sundhedspleje som fag, og hvornår der tales om sundhedspleje som opgave og

arbejde. Dette er således baggrunden for den forståelse af, at sundhedspleje som fag, opgave og arbejde er noget, der er filtret sammen på en sådan måde og i en sådan grad, at sundhedsplejerske er blevet lig med sundhedspleje, og arbejdet kan beskrives som noget, der er blevet stadig mere komplekst, som afhandlingen trækker på.

Kapitel 5

”Ingen andre har forstået os, har forstået hvor vigtige vi er” - præcisering af forskningens genstand: Sundhedsplejerskers faglige selvforståelser

Efter at have præsenteret genstandsfeltet gennem et historisk tilbageblik rettes opmærksomheden i dette kapitel mod selve forskningens genstand, sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. Som tidligere nævnt er min primære forskningsinteresse ikke at studere identitet som et individuelt, subjektivt fænomen, men derimod at udforske sundhedsplejerskers faglige selvforståelser som noget, der kontinuerligt bliver til, opretholdes og videreudvikles i en arbejdssammenhæng gennem nogle særlige materielt-diskursive praksisser.

Som nævnt indledningsvist anvendes begreberne fagidentitet og/eller professionsidentitet ofte, men ikke entydigt i sygeplejelitteraturen (Fagermoen, 1997; 2012). Begrebet professionsidentitet zoomer ind på det, som konstituerer bestemte faglige identiteter og selvforståelser - og i forlængelse heraf de særlige måder at forstå arbejdet med opgaven, som knytter sig til disse - inden for nogle bestemte faglige felter. Derfor indledes dette kapitel med en præsentation af dette begreb.

Herefter vendes blikket mod de faglige selvforståelser i det særlige felt, som afhandlingen beskæftiger sig med, dvs. det sundheds- og sygeplejefaglige felt. Udgangspunktet tages her i *reviewet* af forholdet mellem faglig identitet og selvforståelse på den ene side og organisatorisk forandring på den anden. Ideen med dette afsnit er ikke at skabe et ”repræsentativt” billede af faglig identitet inden for det sundhedsplejefaglige felt, men derimod ud fra et performativt perspektiv at fokusere på, hvordan bestemte faglige identiteter og selvforståelser bliver til og får særlige betydninger gennem ”Agential Cuts”, som det sundheds- og sygeplejefaglige felt foretager, og som både konstituerer og selv konstitueres af nogle helt særlige måder til at selv-forstå sig fagligt. Pointen er, at den måde, hvorpå identiteter og selvforståelser skabes og genskabes i det faglige felt, har betydning dels i forhold til, hvordan fagets udøvere forstår deres arbejde og kvaliteten i dette, og dels for de måder, hvorpå de lærer om eget fag. Dette sidstnævnte er især interessant set i forhold til det formulerede formål i projektet og i denne afhandling.

Formålet med projektet er at bidrage til at styrke fagligheden og den faglige udvikling i sundhedspleje-faget set i forhold til aktuelle vilkår, krav, betingelser, udfordringer, m.m., som knytter sig til arbejdet med opgaven.

Professionsidentitet

Som nævnt indledningsvist synes det sygeplejefaglige felt optaget af begrebet professionsidentitet. I dette afsnit tages udgangspunkt i Steen Wackerhausens bestemmelse af det. Steen Wackerhausen[53] har forsket i professionskultur og professionsidentitet og har beskæftiget sig specifikt med professionsidentitet set i relation til det sundhedsfaglige felt (Wackerhausen, 2002, 2004). I den sammenhæng har han bl.a. formuleret et såkaldt åbent sundhedsbegreb som et humanistisk bidrag og som et alternativ til det, han kalder henholdsvis den radikale sundhedsrelativisme - hvor alt er lige gyldigt - og den biomedicinske eller værdikonstruerede sundhedsfundamentalisme, som trækker dels på absolutte og universelle menneskelige værdier og dels på objektive kendsgerninger i naturvidenskabens navn (Wackerhausen, 1994).

Det åbne sundhedsbegreb tager udgangspunkt i en forståelse af, at sundhed aldrig kan defineres objektivt og værdifrit, og begrebet giver ikke i sig selv svar på, *hvad* og *hvem* en given sundhedsindsats skal rettes mod i en given kultur, men det kan bidrage til at sætte disse spørgsmål til stadig diskussion.

I bestemmelsen af begrebet *professionsidentitet* inddrager Wackerhausen det, han kalder den formelle eller uformelle anerkendelseskamp eller anerkendelsesforhandling - dels mellem forskellige professioner og dels med andre instanser, som f.eks. stat og kommune. Med afsæt i en sådan forståelse bliver professionsidentitet ikke blot et spørgsmål om professionens forståelse af egen viden og værdier, men også et spørgsmål om og en kamp mellem en række forskellige interesser og strategier - både mellem professioner indbyrdes og i forhold til andre instanser (Wackerhausen, 2002).

Den forståelse af professionsidentitet, som Wackerhausen giver udtryk for, knytter direkte an til den enkelte sundhedsprofessionelles konkrete praksis. Dette skal ikke

[53] Steen Wackerhausen har som professor ved Institut for Kultur og Samfund – Filosofi, fag ved Aarhus Universitet bl.a. forsket i sygdoms- og sundhedsbegreber samt i professionskultur og professionsidentitet, professionsdannelse, m.m. (Aarhus Universitet Institut for Kultur og Samfund, 2013). Wackerhausen synes ikke at skelne skarpt mellem begreberne: professionsidentitet og fagidentitet.

forstås således, at professionsidentitet er et privat fænomen for den enkelte praktiker, men derimod, at professionsidentitet i høj grad er resultatet af mangfoldige faktorer såvel eksterne (økonomi, fysisk indretning osv.) som interne faktorer (udspringer fra den konkrete praktiker).

På baggrund af disse overvejelser når Wackerhausen frem til det, han beskriver som en åben og eksistentiel definition af professionsidentitet:

> *De interne forhold etc. hos den enkelte praktiker, som aktivt er med til at "drive", strukturere, formgive, stabilisere osv. praktikerens praksis. Professionsidentiteten er dét (hvad end dét er, og uanset hvordan dét er dannet), som hos den enkelte praktiker ligger bag den pågældende praktikers praksis (eller rettere bag de sider ved denne praksis, som ikke direkte er givet ved eksterne forhold)* (Wackerhausen, 2002, s. 58-59).

Fordelen ved denne åbne og eksistentielle definition er i henhold til Wackerhausen, at spørgsmålet om, hvad *dét* er, ikke kan forstås som et definitorisk-analytisk spørgsmål, men derimod som et faktuelt spørgsmål. Således er en analyse af professionsidentitet ikke noget, man kan definere sig til, men noget, der må undersøge i praksis, hvilket kan læses som (endnu) et argument for dette projekts forskningsdesign. Wackerhausens ærinde er således ikke at give en absolut definition af, hvad professionsidentitet er. Tværtimod opfordrer han til løbende refleksion og tilpasning til de sundhedsprofessionelles aktuelle forhold og vilkår.

Wackerhausen fremhæver, at der er langt mere i en praksis, end praktikerens artikulerede idealer, forestillinger og kundskaber kan redegøre for. Dette grundlæggende vilkår bidrager til, at sundhedsprofessionelle oplever, at de har problemer i forhold til at kunne artikulere, hvad deres professionsidentitet er, og hvad den består af. Han medgiver dog, at den sundhedsprofessionelle vil kunne berette om antagelser, kendsgerninger, principper, idealer, værdier osv. og vil være i stand til at redegøre for, hvilke af disse, der ligger til grund for egen professionsudøvelse. En lang række af disse antagelser, værdier osv. vil uden tvivl være væsentlige i forhold til selve udøvelsen af professionen og indgår i den forstand i professionsidentiteten hos den enkelte.

Det er imidlertid langt fra alle hændelser, fænomener, aspekter osv., som træder frem i den sundhedsprofessionelles perceptuelle horisont. Noget befinder sig helt udenfor. At

der er ”noget”, som ikke umiddelbart træder frem, og noget ”andet”, som særligt bliver fremhævet og får perceptuel eksistens og dermed bliver opfattet og klassificeret på ganske bestemte måder i det sundhedsplejefaglige felt, er imidlertid også en del af sundhedsplejerskers faglige eller professionelle identitet i Wackerhausens forståelse.

Grænsedragninger for, hvad der kan defineres som hørende til i en specifik faglig eller professionel praksis – i denne afhandling f.eks. eksemplificeret gennem det unikke hjemmebesøg - og som ikke-hørende til – som f.eks. eksemplificeret af den (u)mulige konsultation – kan læses som ”Agential Cuts”, hvor der sættes nogle ganske bestemte rammer omkring forståelserne af sundhedspleje. Et spørgsmål kan her være, hvorvidt sundhedsplejersker med denne rammesætning, som i udgangspunktet går på tværs af deres respektive ansættelsessteder, medinddrager eller ikke-medinddrager løbende overvejelser om og lokal tilpasning til eksterne forhold som f.eks. den nordiske velfærdsmodel under pres og ”New Public Management”-strategier som et redskab.

Professionsidentiteter forstås således i denne afhandling som noget, der konstrueres, forhandles, reproduceres og trues gennem fortløbende ”intra-actions”, hvilket betyder, at sundhedsplejerskers faglige identiteter og selvforståelser udvikles i magtrelationer. Disse magtrelationer knytter sig bl.a. til bestemmelser af, hvordan og i hvilket omfang subjekter er knyttede til særlige identiteter, som fremhæver, hvad man kan/skal/bør føle og tænke, samt hvordan man kan/skal/bør handle (Alvesson, 2000)[54].

De sundhedsprofessionelles udvælgelser af hændelser, den tilhørende klassifikation og opfattelserne af disse hændelser, de relevante spørgsmål, som kan afledes heraf, og de værdimæssige prioriteringer samles i Wackerhausens forståelse af professionsidentitet under samlebetegnelsen ”blik”. Med Donna Haraway in mente er det her en pointe, at dette ”blik” altid vil være medbestemmende dels for, hvad sundhedsplejersker har mulighed for at se, samt hvad de vil kigge efter, og dels for tolkningerne af det, som de ser med dette blik, mens en anden pointe er, at dette ”blik” både skaber og selv skabes af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser.

Faglige identiteter og selvforståelser inden for det sygeplejefaglige felt

Når fokus rettes mod begreberne professionsidentitet og/eller fagidentitet i sygeplejelitteraturen, synes interessen umiddelbart at være rettet mod, hvordan sygeplejestuderende udvikler professions- eller fagidentitet i løbet af deres uddannelse (se

[54] Alvesson henviser her til Foucault (1982) og til Knights and Willmott (1989).

f.eks. Eriksen, 2005; Harrits & Olesen, 2012), eller mod, hvordan nyuddannede sygeplejersker fastholder og/eller videreudvikler denne professions- eller fagidentitet (Cowin, Craven, Johnson, & Marsh, 2006; Fagerberg, 2004; Fagerberg & Kihlgren, 2001).

For at opspore forståelser af faglig identitet og selvforståelse, således som de udspiller sig i en arbejdskontekst specifikt inden for det sundheds- og sygeplejefaglige felt, har jeg som nævnt indledningsvist foretaget litteratursøgninger, hvor jeg kun fandt få danske forskningsprojekter, der handler om sundhedsplejersker og deres virksomhed, og stort set ingen projekter, der specifikt handler om sundhedsplejerskers faglige identiteter og selvforståelser. Dette gjorde det nødvendigt at udvide søgningen til dels at omfatte sygeplejelitteratur generelt set og dels at søge internationalt.

Dette er dog ikke helt uproblematisk. For det første er sundheds(pleje)ordninger som tidligere nævnt organiseret meget forskelligt i forskellige lande, og for det andet er sundhedsplejersker sygeplejersker, som først har tilegnet sig en særlig klinisk erfaring på børneområdet, og som herefter har gennemgået en (videre)uddannelse eller specialuddannelse til sundhedsplejerske, hvilket i sundhedsplejerskers forståelse bidrager til en revurdering og transformation af de oprindelige sygeplejefaglige selvforståelser. Denne pointe kan f.eks. læses af denne udtalelse i sundhedsplejerskernes fagblad:

> *Den største udfordring har helt klart været aflæring! At aflære sygeplejetankegangen (Schou Hansen, 2014, s. 8).*

Som det fremgår af citatet giver denne nyuddannede sundhedsplejerske udtryk for en forståelse af det faglige felt *sundhedspleje* som noget, der er så markant anderledes end sygepleje, at det forudsætter en egentlig aflæring.

De faglige forståelser i forhold til henholdsvist sygepleje og sundhedspleje kan dermed læses som forskellige ”Agential Cuts”. Det betyder, at de værdier, forståelser, overbevisninger og antagelser, som produceres i tilknytning til grunduddannelsen og den kliniske praksis som sygeplejerske, om- eller nyfortolkes i et sundhedsplejefagligt perspektiv gennem videre-/specialuddannelsen og den efterfølgende kliniske erfaring. I den forstand kommer de grundlæggende værdier, antagelser, forståelser, overbevisninger osv. til at antage nye former, og sundhedspleje-faglighed opfattes af

sundhedsplejerskerne selv som noget, der er kvalitativt anderledes end den faglighed, der ligger til grund for sygeplejen.

Når det alligevel giver en vis mening at inddrage sygeplejefeltet i denne søgning, skyldes det, at sundhedsplejersker stadig er sygeplejersker, og at det er kombinationen mellem videreuddannelsen/specialuddannelsen og autorisationen som sygeplejerske med alt, hvad deraf følger af rettigheder og pligter (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2011), der legitimerer adgangen til ansættelsen og arbejdet. Desuden er søgningen blevet afgrænset til feltet *sygepleje* i tilknytning til primær sundhedstjeneste, dvs. sygepleje der først og fremmest udspiller sig i patienternes eget hjem eller i lokalsamfundet[55].

Søgning og fund

De udvidede søgninger blev foretaget på PsycINFO, Scopus, Cinahl og PubMed med afsæt i søgeordene professions- eller fagidentitet, organisation og forandring samt sygeplejerske og sundhedsplejerske i forskellige kombinationer og med afgrænsning af engelsksprogede *peer reviewed* kilder i perioden 2003-2013 (se i øvrigt bilag 3 og 4). På den måde fandt jeg frem til 13 artikler med relevans for forskningens genstandsfelt (se også nedstående tabel).

Disse 13 artikler beskriver forskellige problemstillinger omkring professionelle eller faglige identiteter og (organisatorisk) forandring med afsæt i forskellige teorier og metoder. Der er en overvægt af artikler med fokus på en britisk sundheds- og sygeplejekontekst. Som det fremgår af tabellen, har hovedparten af forfatterne en sygeplejefaglig baggrund.

Disse artikler udgør fundamentet under den redegørelse, som præsenteres i de følgende afsnit med henblik på at fremstille nogle af de forskellige måder, hvorpå feltet taler om identitet og/eller selvforståelse samt om forholdet mellem identitet og organisatorisk forandring - dels i det generelle sygeplejefaglige felt og dels i det mere specifikke sundhedsplejefaglige felt.

[55] Primær sundhedstjeneste er traditionelt set den sektor, som varetager sundhedsopgaverne uden for hospitalet (sekundær sundhedstjeneste). Udviklingen efter strukturreformen synes at bidrage til en begyndende opløsning af den traditionelt skarpe adskillelse mellem primær og sekundær sundhedstjeneste.

Artiklernes nationalitet	Norge (1)
	Sverige (1)
	Danmark-Australien (1)
	Australien (1)
	Storbritannien (9)
Forfatternes baggrund	Sundheds- og sygeplejefaglig baggrund (11)
	Ikke-sundheds- og sygeplejefaglig baggrund (2)
Sygeplejefagligt område	Sundhedspleje/Folkesundhed (4)
	Psykiatrisk sygepleje (2)
	Hjemmesygepleje (2)
	Sygepleje (generelt) (4)
	Jordemødre[56] (1)

Figur 14 Overblik over artikler om identitet og forandring inden for det sundheds- og sygeplejefaglige felt fundet ved reviews.

Identitet og/eller selvforståelse

Johnson et al. finder, at der knytter sig en række problemstillinger til anvendelsen af begrebet professionsidentitet i det sygeplejefaglige felt. For det første er begrebets teoretiske udspring uklart, og for det andet har sygeplejeforskningen (endnu) ikke leveret empiriske beviser hverken for tilstedeværelsen af begrebet eller for professionsidentitetens evne til forandring. Forfatterne finder derfor, at der er brug for forskning i, hvordan sygeplejersker former deres professionsidentitet, og hvordan denne professionsidentitet kan styrkes, da dette anses for at være essentielt i forhold til udviklingen af sygepleje som profession. Selvom denne afhandling trækker på en anden identitetsforståelse, understreger denne pointe afhandlingens relevans set i relation til en sygeplejefaglig kontekst.

Begrebet professionsidentitet er i Johnson et al.'s (2012) forståelse uløseligt forbundet med, men alligevel adskilt fra begrebet selvforståelse set i et psykologisk perspektiv, og de foreslår derfor, at de to begreber adskilles og forstås som forskellige psykologiske konstruktioner.

Begrebet professionsidentitet beskrives i forlængelse af denne opfattelse som noget, der er specifikt og snævert forbundet med karriere, erhverv eller erhvervsfaglig identitet[57]. Et

[56] I mange lande, f.eks. i Sverige og Storbritannien, er jordemoderuddannelsen en overbygning på en sygeplejerskeuddannelse.
[57] Johnson et al. henviser her til Holland, Johnston, and Asama (1993) samt Skorikov and Vondracek (2011).

individs professionsidentitet forstås som en bestanddel af individets samlede identitet og forstærkes (eller svækkes) af forhold som position i samfundet, interaktioner med andre, disses fortolkninger af erfaringer osv.[58]. Det er en fornemmelse af *selvet*, som udspringer af og forstås på baggrund af den rolle, individet indtager i det arbejde, der udføres.

Professionsidentitet bidrager til at konstruere en kerne eller essentielle aspekter af individets betydningsdannelse og væren fra ungdom til alderdom[59] (Johnson et al., 2012). Johnson et al. trækker dermed primært på en essentialistisk forståelse, hvor identitet ses som en grundlæggende og stabil kerne i det enkelte menneske, og identitet forstås som et individuelt fænomen, som skabes og udvikles gennem sociale relationer

Selvforståelse defineres som individets personlige forståelse og oplevelse af at være en social, fysisk og kognitiv person[60] og knytter an til, hvordan dette individ tænker og føler om sig selv (Johnson et al., 2012). Det betyder, at selvforståelse handler om bevidsthed og følelser, og at den konstitueres af såvel kognitive som affektive elementer. Selvforståelse omfatter multiple *selv-er* af bevidsthed, selvværd, værdi og selvtillid og dermed rummer begrebet selvforståelse også begrebet professionsidentitet, som kan udgøre en eller flere udgaver af individets multiple *selv-er*. Selvforståelse skabes og videreudvikles således også gennem interaktioner mellem individet og de sociale sammenhænge, som individet indgår i (Johnson et al., 2012).

May Solveig Fagermoen samt Öhlén og Segesten ses som gennemgående referencer i artiklernes bestemmelser af begrebet *professionsidentitet*. Fagermoen beskriver professionsidentitet som noget, der har en direkte tilknytning til, og som udspiller sig i den daglige praksis. Begrebet professionsidentitet henviser i Fagermoens forståelse til sygeplejerskens forståelse af, hvad det vil sige at være og at handle som en sygeplejerske: *More precisely professional identity is defined as the values and beliefs held by the nurse that guide her thinking, actions and interaction with the patient* (Fagermoen, 1997, s. 435).

I Fagermoens forståelse fungerer professionsidentiteten således som en grundlæggende referenceramme for den enkelte sygeplejerskes overvejelser og handlinger i praksis og har som sådan indflydelse på, hvad der kan (og ikke kan) opfattes som relevante problemstillinger, mål og tilgange.

---

[58] Johnson et al. henviser her til Sutherland, Howard, and Markauskaite (2010).
[59] Henviser her til Skorikov and Vondracek (2011).
[60] Der henvises her til Marsh and Scales (2010).

Öhlén and Segesten (1998) diskuterer forbindelsen mellem en personlig og en professionel identitet. På baggrund af litteraturstudier beskriver de selvopfattelse som et centralt element i professionsidentitet, hvilket understreger, at det at have en professionsidentitet også har en affektiv kvalitet. Dette antyder desuden, at mens professionelle tilsyneladende har fælles opfattelser af deres særlige profession, så kan de hver især have nogle meget forskellige ideer og følelser omkring, hvad det vil sige at være en professionel - ideer og følelser, som bl.a. knytter an til personlige værdier, orienteringer og erfaringer.

Selv om professionsidentitet påvirkes af interpersonelle relationer, er det dog individet selv, som fremhæves i forhold til at bidrage eller investere det meste i forhold til konstruktionen og dekonstruktionen af professions- eller faglig identitet (Johnson et al., 2012). Professionelle identiteter er ikke fikseret over tid, men kan forandres gennem hele livet og påvirkes af begivenheder og sociale kontekster som f.eks. organisatorisk forandring (Johnson et al., 2012; Piil et al., 2012). Artiklerne ”framer” dermed professionsidentitet som noget, der ikke blot skabes gennem professionel uddannelse, men også gennem en række andre faktorer som f.eks. det, som sker før og efter, at en sådan uddannelse bidrager til opretholdelse og videreudvikling af faglig eller professionsidentitet. I den forstand forstås sygeplejerskers professionelle identiteter ikke som statiske, men som noget, der konstant udvikles og gen-/videreudvikles bl.a. gennem arbejdslivet og de vilkår og betingelser, som dette arbejdsliv byder på (MacIntosh, 2003; Sims, 2011).

Forholdet mellem identitet og (organisatorisk) forandring

Flere af artiklerne giver udtryk for en essentiel forståelse af faglig eller professionel identitet, hvor den faglige identitet opfattes som en fælles, stærk og stabil kerne (se f.eks. Johnson et al., 2012; Machin et al., 2012), mens forandring helt grundlæggende læses som en udefrakommende trussel, der udfordrer denne kerne og skaber ubalance (se f.eks. Drew, 2011; Johnson et al., 2012; Larsson et al., 2009; Machin et al., 2012; Piil et al., 2012). Der er dog også enkelte artikler, som giver udtryk for alternative opfattelser af forholdet mellem faglig eller professionel identitet og organisatorisk forandring (se f.eks. Aranda & Jones, 2008; Halford, 2003; Hurley, 2009).

Trods de forskellige sygeplejefaglige felter og forskellige teorier og metoder synes en forståelse af, hvordan sygeplejersker aktuelt står over for vanskelige tider (se f.eks. Drew,

2011), at være en fællesnævner, og det beskrives, hvordan sygeplejersker er under pres bl.a. som følge af en række (organisatoriske) forandringer gennem de sidste 10-20 år.

Eksempler på forandringer, som ifølge de 13 artikler optræder i det sundhedsprofessionelle felt

- ***Teknologiske forandringer (Horton, Tschudin, & Forget, 2007; Johnson, Cowin, Wilson, & Young, 2012; Larsson, Aldegarmann, & Aarts, 2009; Scholes, 2008)***
- ***Demografiske forandringer (Horton et al., 2007; Johnson et al., 2012; Piil, Kolbæk, Ottmann, & Rasmussen, 2012; Scholes, 2008)***
- ***Patienternes / klienternes / brugernes forventninger til den service, der tilbydes (Hurley, 2009; Johnson et al., 2012; Larsson et al., 2009)***
- ***Fremkomsten af evidens baseret praksis (Piil et al., 2012)***
- ***Forandringer i opgaver (Andrews & Wærness, 2011; Johnson et al., 2012)***
- ***Forandringer i sygeplejerollen som følge af opgaveglidning (Aranda & Jones, 2008; Johnson et al., 2012; Larsson et al., 2009; Piil et al., 2012; Scholes, 2008)***
- ***Nye politiske strategier (Andrews & Wærness, 2011; Clancy, 2007; Halford, 2003; Hurley, 2009; Machin, Machin, & Pearson, 2012)***
- ***Akademisering, professionsbestræbelser (Halford, 2003)***

Flere af artiklerne beskriver således sammenhængen mellem sygeplejerskers faglige identiteter og selvforståelser og organisatoriske forandringer især i form af omorganiseringer i tilknytning til forskellige politisk-økonomisk-administrative diskurser.

Disse omfattende forandringsprocesser i sundhedsvæsenet har gjort det nødvendigt for de sundhedsprofessionelle, og dermed også for sygeplejersker, at søge at præsentere sig selv på nye måder, som en særlig slags mennesker, der er i besiddelse af særlige kvaliteter og ambitioner (Halford, 2003). I den forstand bliver de danske sundhedsplejerskers problemer i forhold til kunne redegøre for egen faglighed vidtrækkende. Ifølge Johnson et al. (2012) understreger en række aktuelle studier de effekter, en forandret verden har på sygeplejersker og deres professionsidentitet, og det fremhæves af Piil et al. (2012), at der er god grund til at tro, at store, grundlæggende forandringer påvirker sygeplejerollen og identiteten. Også Larsson et al. (2009) fremhæver, at forandringer i den professionelle

rolle påvirker professionsidentiteten. De hævder med henvisning til andre studier[61], at organisatorisk forandring kan indvirke på arbejdsmiljøet. Som følge heraf beskrives organisatoriske forandringer som noget, der kan have en indvirkning på individernes sundhed som følge af tab af kontrol, hvilket igen kan resultere i stress og stress-relaterede symptomer.

Nogle af forfatterne i *reviewet* henviser til, at ubalance kan føre til identitetsforvirring, oplevelse af tab og i værste fald skabe grobund for udvikling af individuelle psykologiske kriser (Larsson et al., 2009; Machin et al., 2012). I et sådan perspektiv handler en stærk faglig identitet bl.a. om bestræbelser på at genoprette ligevægt og søge stabilitet.

Det særlige felt: Sundhedspleje

Fire af artiklerne i *reviewet* handler specifikt om sundhedspleje. Mens den ene af disse artikler *Use of Complex Adaptive Systems Methaphor to Achieve Professional and Organizational Change* (Rowe & Hogarth, 2005) handler om planlagt forandring fra et ledelsesmæssigt perspektiv og følger, hvordan forandring kan skabes ved hjælp af et specifikt forandringsprogram, er de tre øvrige mere interessante at se nærmere på i relation til dette projekt.

Den første, "*Maintaining Equilibrium in Professional Role Identity: A Grounded Theory Study of Health Visitors' Perceptions of Their Changing Professional Practice Context* (Machin et al. 2012), er skrevet af Alison I. Machin, Tony Machin og Pauline Pearson, alle undervisere og sygeplejersker med videreuddannelser. To af dem har en ph.d.-grad. Artiklen tager sit afsæt i, hvordan en overordnet politisk dagsorden om at fremme en mere familieorienteret tilgang i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde ("Public Health Nursing") har tvunget de britiske sundhedsplejersker til at genoverveje og revurdere deres roller som nøglepersoner i det lokale forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

I denne artikel fremhæves det, hvordan sundhedspleje er blevet beskrevet som en profession i krise, og hvordan de processer, der påvirker sundhedsplejerskers erfaringer i professionelle sammenhænge, ikke bliver forstået af andre og ikke tages i betragtning, en forståelse der ligger i forlængelse af det, som den danske sundhedsplejerske gav udtryk for i afhandlingens indledende citat.

[61] Larsson et al. henviser her til Karasek and Theorell (1990) samt til Nyberg, Bernin, and Theorell (2005).

Identitet forstås som noget, der er selvkontrollerende gennem social interaktion og dialog, og en fælles, stabil identitet opfattes som noget, der kan bidrage til at fremme og udvikle praksis, mens ustabile forhold modsat kan skabe usikkerhed omkring identitet, hvilket igen kan føre til handlingslammelse og således påvirke serviceydelserne negativt.

Den grundlæggende antagelse i studiet er, at der eksisterer forskellige forståelser af kernen i sundhedsplejerske-identiteten, som kommer til syne gennem et skift i jobtitlen ”Health Visitors” til titlen ”Public Health Nurses”. (Forskellen mellem disse to begreber vil blive udfoldet senere i dette kapitel). Desuden antages det, at en ubalance mellem legitimitet, tilstrækkelighed og støtte påvirker rollepræstationen, hvilket kan lede til mulig identitetsforvirring og - hvis der ikke gøres noget - kan resultere i individuelle psykologiske kriser.

At afdække en kollektiv særlighed i sundhedspleje ser Machin et al. som noget udfordrende[62], og de når frem til, at det særlige træk ved sundhedsplejen muligvis ikke er en særlig viden, men derimod en bred vifte af kapaciteter, som kan bringes i spil i forskellige sundhedsplejefaglige sammenhænge for at imødekomme familiers komplekse behov. Desuden understreges betydningen af at gøre en indsats for at genoprette ligevægt gennem personlig refleksion og interaktion med kolleger.

Den anden artikel, *Exploring the Professional Identity of Health Visitors* (Baldwin, 2012), er skrevet Sharin Baldwin, som er sygeplejerske, jordemoder og ”Health Visitor”. Hun er leder af en sundhedsplejeordning og var ph.d.-studerende på King’s College i London på det tidspunkt, hvor publikationen blev udgivet.

Selve begrebet professionsidentitet bliver ikke afklaret nærmere, men Baldwin fremhæver, at kombinationen af sundhedsfremme, beskyttelse af børn, uddannelse, socialt arbejde såvel som tilgængelighed og evnen til at arbejde med individer, familier og lokalsamfund giver sundhedspleje dens særlige identitet. Professionel identitet opfattes som noget, der udvikles over tid i overensstemmelse med forandringer i professionelle roller, grænser og opfattelser af professionen.

Forandring ”frames” som noget, der er kontinuerligt i National Health Service (NHS), og de forskellige politiske dagsordener og prioriteringer (herunder den ovennævnte familiecentrerede tilgang) bidrager til en ændring af sundhedsplejerskerollen: *Various political agendas have impacted on health visiting identity and are the key drivers of*

[62] Forfatterne henviser her til Hurley, Mears, and Ramsey (2008).

change for the profession (Baldwin, 2012, s. 15). Forandringer ses både som trusler og som muligheder for sundhedsplejeprofessionen.

Sundhedsplejerskerollen har ifølge Baldwin udviklet sig, forandret sig og udvidet sig gennem årene, og spørgsmålet er, hvordan dette har påvirket praktikernes professionsidentitet. På baggrund af et *review* af sygeplejelitteratur rejser hun indledningsvist spørgsmålet om, hvad det er, der grundlægger den professionelle rolle, og hvorvidt der overhovedet eksisterer en sådan rolle.

Baggrunden for artiklen er den engelske regerings ønske om at opnormere med 4.200 nye stillinger i sundhedsplejen og behovet for et forbedret uddannelsesprogram samt for en ny vision og professionsidentitet (Department of Health, 2011). I et historisk tilbageblik beskriver Baldwin, hvordan sundhedsplejerske-rollen har været i bevægelse siden etableringen af sundhedsplejen i Storbritannien i midten af det 19. århundrede.

En af pointerne er her, at der gennem historien er opstået forvirring omkring sundhedsplejerskerollen dels i forhold til, hvorvidt sundhedspleje skal knytte an til det medicinske eller det sociale vidensområde og dels i forhold til, hvorvidt sundhedsplejersker skal være ”Case Finders” eller ”Case Workers” (dette sidste vil jeg uddybe i næste afsnit) i deres arbejde. Baldwin peger ligesom Machin et al. desuden på, hvordan forvirringen mellem de to begreber ”Health Visiting” og ”Public Health” bidrager til at forvirre en fælles professionsidentitet. Hun finder, at sundhedspleje ved ordningens start var knyttet til og en del af en ”Public Health”-tankegang, mens den aktuelle sundhedspleje i højere grad synes at antage et mere individorienteret fokus.

Som Machin et al. understreger Baldwin også, at det er vanskeligt at identificere en særlig professionel viden, der er unik for sundhedspleje (det bemærkes, at socialarbejdere har et tilsvarende problem), og i forlængelse af dette perspektiv presses sundhedsplejerskerne i Storbritannien af andre sygeplejersker, ”Practice Nurses”. Disse såkaldte ”Practice Nurses” beskrives som nogle, der har roller, der overlapper sundhedsplejerskens rolle, ligesom sundhedsplejerskers egen rolle også overlapper en række andre professioners. Dette indikerer dels, at grænserne mellem de respektive professioner er (blevet?) uklare og slørede, og dels, at de er bevægelige.

Afslutningsvist rejses spørgsmålet om, hvorvidt regeringens initiativ i forhold til at opnormere sundhedsplejen med 4.200 stillinger vil påvirke identiteten positivt og bidrage til at skabe flere muligheder for professionen, eller om dette initiativ blot vil udvide og

forandre rollen igen og dermed skabe yderligere forvirring om den professionelle identitet.

Den sidste artikel, *A Profession under Threat? An Exploratory Case Study of Changes in Norwegian Public Health Nursing* (Clancy, 2007), er skrevet af Anne Clancy, som er sundhedsplejerske og på udgivelsestidspunktet underviser på Harstad University College, Norge, samt ph.d.-studerende på Nordic School of Public Health i Göteborg.

Artiklen tager afsæt i sundhedsplejerskers forandrede rolle efter en decentralisering af social- og sundhedsydelserne i de norske lokalsamfund med henblik på at sikre bedre anvendelse af lokale ressourcer og fremme samarbejdet mellem forskellige faggrupper. Denne decentralisering har haft den effekt, at sundhedsplejerskerne har mistet nogle opgaver, som traditionelt har været forbundet med deres profession, og til gengæld har fået nogle andre[63]. Forfatteren rejser derfor spørgsmålet: Hvordan oplever sundhedsplejerskerne deres forandrede rolle?

Clancy identificerer fire områder, som sundhedsplejerskerne oplever som forandrede og det første område er samarbejdspartnere. Sundhedsplejerskerne beskriver det som et problem, at de har mistet lægen som en nær samarbejdspartner. Tidligere arbejdede sundhedsplejersken og lægen tæt sammen som et team, men som en effekt af de nye organisatoriske strukturer og privatiseringen af kommunelægernes ydelser har lægerne nu mindre tid og mulighed for at samarbejde. Sundhedsplejersken oplever dette som at blive udelukket, og det betyder i praksis, at det som regel er sundhedsplejerskerne, som må tage initiativ til samarbejdet, og at de ikke får vigtige informationer om deres klienter. Desuden oplever de, at der er kommet nogle nye professioner til, som ”tager bidder” af sundhedsplejerskernes job. De oplever fortsat at have deres eget domæne, men de oplever også, at sundhedsplejersker er blevet mindre synlige (Clancy, 2007).

Det andet område er opgaver. De generelle love og vejledninger gør det vanskeligt at tydeliggøre og definere sundhedsplejerskers opgaver og ansvar. Med den nye lovgivning er sundhedsplejersker blevet mindre synlige, idet de nye lovdokumenter og lovgivningsinitiativer primært fokuserer på funktioner og opgaver frem for at fokusere på professioner og disse professioners bidrag til at kunne løfte opgaverne i relation til sundhed.

[63] Clancy henviser her til Schiøtz (2003).

De sidste to områder er ledelse og autoritet/status. I forhold til ledelse har reformen gjort det muligt for andre professioner at varetage ledelsesfunktioner, som tidligere var knyttet specifikt til sundhedsplejersker. Med de nye organisationsstrukturer har lægen desuden mistet sin position som leder af det lokale sundhedsråd. Tidligere gav den uafhængige rolle og det tætte samarbejde med lægen sundhedsplejersker en særlig status. Med de nye strukturer har sundhedsplejerskerne mistet deres position som lægens tætte allierede og har dermed også mistet en vis autoritet/status på trods af opretholdelsen af et selvstændigt domæne.

Konklusionen på undersøgelsen er, at (u)synlighed er et væsentligt område. Med Ottawa Charteret rettes fokus mod begreberne sundhed, sundhedsfremme og ”empowerment” (WHO, 1986), hvilket har ført til, at sundhedsplejerskens rolle som ekspert er blevet nedtonet. Dette bidrager til at gøre såvel sundhedsplejersken som hendes arbejde mere usynligt. Desuden er der kommet øget fokus på opgaverne frem for på dem, der skal løse dem, og sundhedsplejerskens ledelsesrolle er skrevet ud af de officielle lovdokumenter, hvilket også kan bidrage til manglende synlighed. Sundhedsplejerskerne i Anne Clancys studie understreger imidlertid, at de stadig oplever at have en vis status, men det er ikke altid let at synliggøre det (særlige), som sundhedsplejersker gør (Clancy, 2007).

Mens *reviewet* har indrammet forskellige måder til at tale om identitet og forandring samt forholdet mellem disse to begreber, bidrager de tre artikler med specifikt fokus på sundhedspleje-feltet og deres respektive referencer med en række interessante pointer set i forhold til afhandlingens grundlæggende problemstilling og forskningsspørgsmål. Disse pointer præsenteres her som afslutning på kapitlet.

Forskellige forståelser af og tilgange til sundhedspleje på en og samme tid

Artiklerne i *reviewet* med særligt fokus på det sundhedsplejefaglige felt fremhæver og understeger, hvordan der eksisterer en række forskellige forståelser dels af udgangspunktet og kernen i sundhedsplejerskernes arbejde og dels af de betydninger, forandring har eller kan have set i forhold til sundhedsplejerskers fag og opgaver. I den sidste del af kapitlet præsenteres nogle af disse.

Public Health Nursing

I det britiske sundhedsplejefaglige felt har den overordnede politiske dagsorden, som søger at fremme en ”Public Health”-tilgang i sundhedsplejen, dvs. en tilgang med fokus

på hele familien og hele populationer, givet anledning til diskussioner inden for feltet omkring sundhedsplejerskers professionelle identitet og rolle i relation til det lokale forebyggende og sundhedsfremmende arbejde (Baldwin, 2012; Machin et al., 2012; Smith, 2004). Disse diskussioner har rettet opmærksomheden mod, hvordan sundhedsplejersker forstår henholdsvist ”Public Health”-begrebet og begrebet ”Health Visiting”.

Smith (2004) understreger med henvisning til et *review* af den internationale litteratur, at selv om ”Public Health”-begrebet på den ene side er et internationalt anerkendt begreb, så rummer det på den anden side en række forskellige tolkninger, idet forståelsen af, hvad ”Public Health”-begrebet indebærer, kan være meget forskellig i de forskellige lande. Machin et al. (2012) beskriver, at der også blandt sundhedsplejersker i Storbritannien ses forskellige forståelser af begrebet ”Public Health”, hvilket bl.a. kommer til udtryk i sundhedsplejerskernes forståelse af deres egen praksis. For nogle sundhedsplejersker handler ”Public Health”-arbejdet om rygestopkurser, vaccinationer og screening undersøgelser (f. eks. i forhold til forhøjet blodtryk). Her fremhæves medicinsk og sygeplejefaglig viden, og arbejdet kan overlappe andre sygeplejerskers arbejde. En sådan tilgang opfatter andre sundhedsplejersker imidlertid som ødelæggende, fordi sundhedsplejerskens virksomhed risikerer at blive opgaveorienteret og rutinemæssig (Smith, 2004)[64]. Andre sundhedsplejersker ser i højere grad kernen i ”Public Health” som et individ-orienteret arbejde, der tager afsæt i et tværfagligt samarbejde med den sociale og frivillige sektor omkring sociale problemer, altså en funktion der ikke overlapper andre sygeplejerskers arbejde (Machin et al., 2012).

Machin et al. beskriver, hvordan nogle sundhedsplejersker allerede oplever, at deres rolle helt og aldeles er at varetage ”Public Health”, og de derfor ikke oplever noget behov for forandring. Den nye politik passer således til det, de faktisk allerede gør. Alligevel føler disse sundhedsplejersker sig devaluerede. Andre sundhedsplejersker oplever, hvordan det nye fokus på ”Public Health Nursing” medfører øgede byrder. De føler sig dårligt klædt på til de nye forventninger og forandrede prioriteringer og oplever således større udfordringer. De er derfor bekymrede for, at den nye tilgang i sundhedspleje-arbejdet vil have en negativ indflydelse på de eksisterende servicetilbud.

[64] Smith henviser desuden til Craig and Smith (1998).

Health eller Home Visiting

Også begrebet ”Health Visiting” rummer potentielt forskellige forståelser. For det første kan begrebet referere til sundhedspleje som en profession i sin egen ret, defineret gennem bestemte kvalifikationer og anerkendt gennem lov. I denne forståelse fungerer ”Health Visiting” som navneord (Cowley, 2002).

Ordene ”Health Visiting” kan også optræde som udsagnsord og dermed betegne det, som sundhedsplejersker *gør*. I den forstand fungerer ordene som et paraplybegreb, som kan rumme en række forskellige aktiviteter (Cowley, 2002). Elkan et al. (2000) understreger i denne sammenhæng, at anvendelsen af begrebet ”Health Visiting” er uhensigtsmæssigt, da det kan omfatte aktiviteter, som udspiller sig såvel i klienternes eget hjem som i lokaliteter uden for hjemmet, f.eks. på en klinik eller et sundhedscenter. Forfatterne fremhæver desuden, at *a dichotomy between home and clinic is not essential in order to practice different components of the health visiting role* (Elkan et al., 2000, s. 221).

Endeligt kan begrebet ”Health Visiting” anvendes som tillægsord til at beskrive en serviceydelse i forhold til forebyggelse af sygdom og fremme af sundhed (Cowley, 2002). Betragtet på denne måde fremgår det, at disse tre forskellige forståelser og mulige anvendelser af begrebet ”Health Visiting” kan optræde side om side og på samme tid og dermed blive filtret godt og grundigt ind i hinanden, hvilket kan bidrage til at skabe yderligere uklarhed i det sundhedsplejefaglige felt.

I en undersøgelse af sundhedsplejerskernes forståelse af det politisk initierede ønske om en udvikling i retning af en mere kollektivt orienteret ”Public Health Care”-rolle i sundhedsplejen beskriver sundhedsplejerskerne deres praksis som familiecentreret og redegør for, hvordan de tilbyder sundhedsfremmeprogrammer til såvel individer som familier, hovedsagelig til mødre og førskole børn (Smith, 2004). Forfatteren finder imidlertid, at sundhedsplejerskerne anvender de to begreber ”Health Visiting” og ”Public Health Nursing” i flæng. Smiths pointe er således[65], at der kan være forskellige epistemologier om sundhedspleje, som fungerer side om side og samtidigt. Desuden er det en pointe, at det billede, som sundhedsplejerskerne fremstiller, understreger, at fokus for det aktuelle sundhedspleje-arbejde ikke relaterer sig til en befolkningsorienteret tilgang, og at tilgangen i dette arbejde derfor er langt fra at være en egentlig ”Public Health”-tilgang[66].

[65] Smith henviser her til Carnwell (2000).
[66] Smith henviser her til Caraher and McNab (1997) og Symonds (1991).

Deprofessionalisering og (u)synlighed

I Norge har det sundhedsplejefaglige felt gennemgået en forandringsproces, som især har været drevet af og har taget fart på baggrund af en kommunal sundhedsreform. Denne reform blev indført i 1984 med det formål at decentralisere og demokratisere sundhedsydelserne i lokalsamfundet og at sikre bedre udnyttelse af de lokale ressourcer (Andrews & Wærness, 2011; Clancy, 2007), dvs. en reform, der på mange måder ligner den danske strukturreform, som trådte i kraft pr. 1.1.2007.

Med indførelsen af den norske sundhedsreform er der blevet åbnet for, at en række professioner, hovedsageligt jordemødre og socialarbejdere, men også fysioterapeuter og andre professioner med fokus på folkesundhed, har fået adgang til at varetage opgaver, som traditionelt er blevet varetaget af sundhedsplejersker (Clancy, 2007). Bevægelserne i tilknytning til reformen har haft den effekt, at sundhedsplejersker som faggruppe umiddelbart betragtet synes at have mistet magt, autoritet og monopol (Andrews & Wærness, 2011). De nye professioners indtog på det sundhedsplejefaglige felt har betydet, at sundhedsplejerskerne har mistet nogle opgaver, som ellers har været associeret med autoritet og respekt i lokalsamfundet, men også at de har fået andre opgaver (Clancy, 2007).

Før 1984 havde sundhedsplejersker en autoritativ rolle i de norske lokalsamfund - som en kontrollant af sundhedsrelaterede forhold på hoteller, cafeer og i forretninger. Denne opgave medførte en vis autoritet og opmærksomhed, men der var ikke tale om en rolle, sundhedsplejerskerne nødvendigvis ønskede at påtage sig, idet kontrolfunktionen umiddelbart er vanskelig at forene med omsorgsfunktionen (Clancy, 2007). Tager man afsæt i forståelsen af, at professioner har en særlig interesse i at opretholde autonomi og monopol over eget arbejde, kan denne transformationsproces læses som deprofessionalisering af de norske sundhedsplejersker og dermed som en trussel mod fagets status (Andrews & Wærness, 2011).

Forståelserne og oplevelserne af deprofessionalisering begrænser sig ikke udelukkende til sundhedsplejersker. Også andre kvindefag og professioner i sundheds- og socialsektoren føler sig ramt. Tilsyneladende har jordemødre været i stand til i højere grad at opretholde en professionel status og har været mere synlige som profession i transformationsprocessen (Andrews & Wærness, 2011). Transformationsprocessen synes at være foregået uden stor modstand og faglige kampe fra sundhedsplejerskernes side. Især synes det norske sygeplejeforbund at have forholdt sig passivt i denne

forandringsperiode. Frem for at kæmpe for egen position er det tilsyneladende sundhedsplejerskernes opfattelse, at arbejdets indhold er langt mere betydningsfuldt end opretholdelsen af et monopol. På baggrund af dette mener Andrews og Wærness derfor ikke, at de traditionelle professionssociologiske teorier er i stand til at indfange og forklare kvindelige (de)professionaliseringsprocesser (Andrews & Wærness, 2011).

Evetts (2006) beskriver faglighed (”professionalism”) som et begreb, der i stigende grad henviser til aktiviteter, som rækker ud over de respektive professionelle grupper, og hvis mening/betydning er lokaliseret i diskurser om forandring og kontrol i arbejdsmæssige, erhvervsmæssige, organisatoriske og institutionelle kontekster. Mens faglighed er blevet defineret som det, der kræves og forventes af medlemmer af en profession (Evans, 2007), så er det ikke et statisk begreb, men derimod et begreb, som konstant er i forandring (Sims, 2011).

Faglighedskonteksten er i stigende grad blevet uklar og tvetydig, samtidig med at der stilles stadig større krav til de professionelle om at kunne redegøre for deres faglighed, hvilket sætter sundhedsplejerskers artikulationsproblemer yderligere i relief. Herved fremtræder (måske) en del af forklaringen på, hvorfor sundhedspleje af nogle forfattere beskrives som en truet profession eller en profession i krise (se f.eks. Craig & Smith, 1998; Machin et al., 2012), der ikke bliver forstået af andre, hvis erfaringer ikke bliver taget i betragtning (Clancy, 2007), og som i forlængelse heraf oplever manglende anerkendelse i forbindelse med udøvelsen af deres faglighed[67].

Faglige selvforståelser i det danske sundhedsplejefelt

Sundhedsplejersker deler visse værdier, forståelser, overbevisninger og antagelser, som ligger til grund for deres handlinger og praksis, og som i udgangspunktet går på tværs af ansættelsen i en kommune. De er sygeplejersker med særlig erfaring inden for børneområdet, som har gennemgået en videre-/specialuddannelse som sundhedsplejerske. Sundhedspleje er et ret omfattende fagligt felt, som trækker på indsigter fra (mindst) tre forskellige fagområder, hver med deres logik: medicin/sygepleje, socialvidenskab og pædagogik. Tilsyneladende hersker der ikke enighed om, hvorvidt udgangspunktet skal tage afsæt i det kollektive, i lokalsamfundet og i hele populationer i overensstemmelse med ”Public Health”-tankegangen, eller om sundhedsplejen snarere skal tage afsæt i

[67] Også i sygeplejelitteraturen kan der findes eksempler på sygeplejerskers oplevelse af manglende anerkendelse. Se f.eks.: Anderson (2000); Crawford, Brown, & Majomi (2008); Fawcett (2003); Rafferty (1996); Salvage (2006).

individet og herfra søge at påvirke kollektivet gennem familien, således som ”Health Visiting”-tilgangen er fortaler for.

Sundhedsplejersker kan desuden se sig selv som såkaldte ”Case Finders” eller ”Case Workers”. Mens ”Case Finders” ser det som deres primære opgave at opspore og afdække familiens problemstillinger og herefter henvise familien til rette faglige vedkommende, er ”Case Workers” optaget af, hvordan de selv som fag kan bidrage til problemets løsning. Det er en særlig pointe, at sundhedsplejerskerne ikke nødvendigvis selv er helt afklarede i forhold til, hvilken model de ønsker at arbejde efter, og hvilken model de rent faktisk arbejder efter.

Disse forskellige forståelser kan læses som forskellige ”Agential Cuts”, som eksisterer samtidigt, side om side, og som hver især har reelle effekter. Tilsammen betyder disse ”Agential Cuts”, at der ud over potentielle kollisioner mellem forskellige og måske indbyrdes uforenelige forståelser også kan være intern uenighed blandt sundhedsplejersker dels om, hvad sundhedspleje-faglighed egentlig er, og dels om, hvor grænsedragningen i forhold til andre professioner skal foretages, når grænserne for sundhedsplejerske-opgaven skal defineres.

Med det performative perspektiv kan der ikke udnævnes et identitetsbegreb. Derimod kan både individuelle, sociale, organisatoriske, professionelle og andre perspektiver medinddrages i en undersøgelse af de særlige måder, hvorpå sundhedsplejersker performer, og som har noget at gøre med, hvordan feltet tænker om sig selv. I forlængelse heraf er begrebet *faglige selvforståelser* valgt frem for *faglige/professionelle identiteter*, med henblik på at bestemme og præcisere forskningens genstand i afhandlingen.

Mens *reviewet* giver stemme til flere interessante aspekter set i forhold til at generere viden om sundhedsplejerskers faglige selvforståelser, kan det også kritiseres for især at knytte an til udenlandske og især engelske kilder og for at inddrage andre sygeplejefaglige områder end sundhedspleje. Dette kan rejse spørgsmålet om, med hvilken vægt de udenlandske stemmer kan udtale sig set i forhold til afhandlingens genstandsfelt, som udspilles i en dansk kontekst. Det er imidlertid netop dette, afhandlingens performative analyser i kapitel 6, 7 og 8 skal søge at råde bod på - med udgangspunkt i mulige besvarelser af de to centrale forskningsspørgsmål.

Kapitel 6

Keep Your Mind Open – sundhedsplejerskers forståelser af ”god faglighed”

I dette kapitel præsenteres den første af de i alt tre performative analyser, som tilsammen skal bidrage til give nogle mulige svar på afhandlingens to centrale forskningsspørgsmål med henblik på at generere empirisk viden om sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. Med den performative forskningsteknologi *Snaplog* er opmærksomheden her primært rettet mod det første forskningsspørgsmål: *Hvordan fremstilles ”god sundhedspleje-faglighed” i sundhedsplejerskers forståelser?*

Med deres udvalgte billeder og de tilhørende tekster, som beskriver og begrunder de foretagne valg, ”framer” sundhedsplejerskerne deres respektive forståelser af ”god sundhedspleje-faglighed”, og gennem de efterfølgende drøftelser og diskussioner i fokusgruppen fremkaldes såvel individuelle som kollektive faglige selvforståelser, som herefter kan gøres til genstand for en nærmere udforskning og dermed bidrage til at udvikle viden ikke blot for mig som forsker, men også for fokusgruppens deltagere.

Sundhedsplejerskernes billeder, tekst og tale åbner muligheder for at udføre et etnografisk feltarbejde på en alternativ måde. Som forsker får man mulighed for at studere sundhedsplejerskernes forståelser af det daglige arbejde uden at være fysisk til stede, følge deres faglige blikke og høre deres faglige argumenter og indbyrdes diskussioner set i relation til det, som efter deres opfattelse konstituerer god sundhedspleje. På den måde bliver det sundhedsplejerskernes forståelser af det vigtige og betydningsfulde i egen praksis, som bliver omdrejningspunkt for undersøgelsen, frem for mine antagelser og for-forståelser.

Kapitlet om sundhedsplejerskernes faglige selvforståelser, således som de udspiller sig gennem de to *Snaplog*-undersøgelser, præsenteres med udgangspunkt i syv udvalgte billeder. I forbindelse med disse billeder præsenteres nogle overskrifter i form af citater, som er hentet fra fokusgruppediskussionerne.

Det er en dør

Analysen af sundhedsplejerskernes fremstillinger af god sundhedspleje-faglighed indledes med et billede af en åben dør. Billedet ”framer” således det øjeblik, som ligger

umiddelbart forud for selve mødet med barn og familie, og adskiller sig fra hovedparten af sundhedsplejerskernes billeder ved, at der ikke optræder humane aktører i motivet.

Sundhedsplejersken begrunder sit valg af motiv således:

> *Jeg tænkte meget over, hvilket øjeblik hos småbørnsfamilierne, der bedst kunne illustrere den gode faglighed, men havde svært ved at se mig selv tage et billede af et barn, en mor eller lignende, for det var ikke fyldestgørende nok, synes jeg. Så fandt jeg på at tage et billede af en dør* (*Snaplog* 2, log).

Figur 15 Keep Your Mind Open (*Snaplog* 2)

I fokusgruppediskussionen hæfter sundhedsplejerskerne sig især ved, at døren er åben og drøfter betydningen af dette: *Jeg tænker, at den åbne dør symboliserer en eller anden åbenhed; at her er man velkommen* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Noget kunne tyde på, at sundhedsplejersker generelt set er velkomne i familiernes hjem. Som det fremgik af kapitel 4, har dette været tilfældet lige siden sundhedsplejeordningens spæde start med forsøgsordningen i 1929-1935, der blev beskrevet som en succes netop på baggrund af, at hovedparten af familierne tog imod tilbuddet om sundhedspleje. I 2007 synes dette fortsat at være tilfældet, idet Dansk Sygeplejeråd (DSR) beskriver, at 99 % af de danske familier tager imod tilbuddet (Vogelbein, 2007).

Adgangen til og mødet med familien er en forudsætning for sundhedsplejerskens arbejde. Den åbne dør kan derfor - inspireret af traditionel ANT - læses som et slags obligatorisk passagepunkt, dvs. som noget, de implicerede aktører skal rekrutteres til at acceptere og

aktivt at støtte (Callon, 1986). Sundhedsplejersken er afhængig af den åbne dør og dermed forældrenes accept af hendes besøg for at kunne komme til at udføre det arbejde, hun er uddannet og ansat til. Den åbne dør er også en forudsætning for, at forældrene kan modtage sundhedsplejerskens ydelser.

At døren står åbent kunne også indikere, at forældrene allerede på forhånd, og inden det første møde finder sted, er blevet rekrutteret til at anerkende og acceptere sundhedsplejerskens besøg i deres hjem. I den forstand kan den åbne dør læses ikke blot som et (mere eller mindre) aktivt valg fra forældrenes side, men også som noget, der måske er så selvfølgeligt, at det ikke sættes til diskussion.

Mens Callon taler om obligatoriske passagepunkter, fokuserer Ingunn Moser og John Law (1999) på passager som bevægelser mellem specifikke punkter, og som tidligere nævnt forklarer Jackson and Mazzei (2012) begrebet diffraktion ved at anvende dørtrinet som en metafor for det, der bidrager til at skabe diffraktion. I forlængelse heraf læses hjemmet (såvel som konsultationsrummet) som noget, der både er producereret af, og som selv bidrager til produktionen af magtrelationer.

Når dørtrinet herefter fungerer som en metafor for et punkt, som bevægelser passerer igennem eller henover (Jackson & Mazzei, 2012), og således dels bidrager til, at bestemte transformationer effektueres, og dels konstituerer bestemte grænsedragninger, er interessen især rettet mod de mellemrum og overgange, bevægelser skaber, samt hvordan bevægelser bidrager til at skabe andet-hed og/eller forskellighed.

Med Haraway og Barad kan sundhedsplejersker således ikke forstå sig selv som neutrale og objektive uden-for betragtere, der kan observere børn og familie uden at berøre og gribe ind i det, de ser. De er altid-allerede en del af og medkonstituerende for det, som de ser og har mulighed for at komme til at se, inden de overhovedet bevæger sig hen over dørtrinet og ind i hjemmet.

Når sundhedsplejersken træder ind gennem døren, gør hun det ikke blot som en fagperson uddannet i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011b), som arbejder ud fra fagets fælles forståelse. Hun er også en individuel (privat) person med krop og følelser, med bestemte meninger og holdninger, med egen motivation for at vælge netop dette fag, osv. Desuden er hun ansat i en kommune, som har sine egne (politiske, sociale, økonomiske, osv.) udfordringer og muligheder, der kommer til udtryk som værdigrundlag og sundhedspolitiske målsætninger i den lokale oversættelse af de gældende statslige love, bekendtgørelser og

vejledninger. Alt dette (og med stor sandsynlighed meget mere end dette) trækkes med ind gennem døren ved bevægelsen og får herefter nogle særlige betydninger set i forhold til, hvordan de faglige selvforståelser bidrager til bestemte kategoriseringer af barn og familie og i forhold til konstitueringen af særlige positioner, muligheder og betingelser i mødet mellem familie og sundhedsplejerske.

Keep Your Mind Open

Sundhedsplejersken har valgt at navngive sit billede, *Keep Your Mind Open.* Med denne titel ”framer” hun betydningen af, at hun - *ligesom døren, der er åben - som sundhedsplejerske må have et åbent sind, når jeg træder ind over en dørtærskel.* Endvidere understreges *at være beredt på det ukendte. At være klar til at bruge min faglighed i den situation, der nu dukker op* (*Snaplog* 2, log).

”*At have et åbent sind*” kan henvise til forskelligheden, at børn kan være forskellige, og at forældres levede liv, deres forståelser og forvaltning af forældreskabet kan være endog meget forskellige. At have et åbent sind kan også referere til en stræben efter at udfordre de normative forståelser af, hvad det vil sige at være og fungere som en familie og at kunne forholde sig til og rumme de forskelligheder, der kan ligge ud over sundhedsplejerskens viden og erfaring.

Denne sundhedsplejerske knytter imidlertid ”*at have et åbent sind*” til noget andet, nemlig at hun aldrig kan vide, hvad der venter hende bag døren. Det betyder, at hun må være forberedt på det ukendte og bruge sin faglighed i den situation, der nu engang dukker op. På den måde kommer det at have et åbent sind ikke blot til at handle om forståelse og rummelighed, men også om at være opmærksom og forberedt på det, som ikke umiddelbart kan ses.

Et tilbud, som vi tilbyder alle

Med billedet af den åbne dør ønsker sundhedsplejersken især at fremhæve det at komme på hjemmebesøg som noget, der er betydningsfuldt set i forhold til god sundhedsplejefaglighed: *Jeg synes, at netop hjemmebesøgene er kernen i sundhedsplejen* (*Snaplog* 2, log), og den medfølgende tekst uddyber nogle af de overvejelser, hun gør sig, inden hun går gennem døren og træder ind over dørtærsklen.

I udgangspunktet er sundhedspleje et tilbud til forældrene, et tilbud, som de frit kan vælge at tage imod eller at afvise. Tilbuddet omfatter observation og vurdering af barnets udvikling og vækst samt rådgivning og vejledning i forhold til barnets trivsel og sundhed. Sundhedsplejersken har imidlertid også en tilsynspligt i forhold til det enkelte barns fysiske og psykiske helbredstilstand, som hun varetager på vegne af kommunalbestyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2011b). Derved kommer sundhedsplejerskens professionelle arbejde til at foregå i et spædningsfelt mellem sundhedspleje som tilbud og sundhedspleje som tilsyn i forståelsen *kontrol*. Denne pointe er gennemgående i det empiriske materiale, og jeg vil vende tilbage til den senere.

I forlængelse af dette er det en interessant pointe, at døren synes at fortælle sin egen historie, en historie som straks bliver genkendt af de øvrige sundhedsplejersker i fokusgruppen: *Men det ligner også noget kommunalt. Eller i hvert fald en offentlig bygning. Det ligner ikke en hoveddør til noget privat* (*Snaplog* 2, fokusgruppe). I den videre diskussion understreger sundhedsplejerskerne i fokusgruppen, hvordan det at gå ind og ud af en dør som denne fordrer en særlig faglighed.

I sin tekst skriver sundhedsplejersken, at der er tale om et socialt boligbyggeri, som er karakteriseret ved, at:

> *I dette byggeri bor der mange forskellige familier, men et af deres fælles træk er nok, at de ligger i bunden af samfundets hakkeorden både uddannelsesmæssigt og økonomisk. En del af dem har også anden etnisk baggrund end dansk* (*Snaplog* 2, log).

Denne specifikke åbne dør stammer således fra det, sundhedsplejerskerne beskriver som en ghetto, og herved kommer døren til at referere til et sted, hvor sundhedsplejersken kan forvente at møde nogle bestemte faglige udfordringer, og hvor hun derfor må mobilisere en særlig faglighed.

De øvrige sundhedsplejersker anerkender denne ”framing” af udsatte/ressourcesvage/sårbare familier og deres potentielt særlige behov som et væsentligt tema i forbindelse med god sundhedspleje-faglighed. Pointen er således ikke, *at* sådanne børn skal udpeges, idet sundhedsloven understreger, at der skal ydes en særlig indsats i forhold til børn med særlige behov (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010a). Det interessante er derimod, *hvordan* sundhedsplejersken finder frem til at kunne

kategorisere disse børn. Med andre ord er det interessante her, hvad der konstituerer det ”Agential Cut”, der på den ene side er en forudsætning for, at en særlig indsats kan komme på tale og iværksættes, men som på den anden side har den effekt, at barnet eller familien sættes uden for det, der ellers kan opfattes som ”det normale” i den samme bevægelse. Et sådant ”Agential Cut” bliver især interessant set i lyset af, at en given kategorisering i et eller andet omfang kan vise sig være helt eller delvist foretaget, allerede inden en sundhedsplejerske træder gennem døren og hen over dørtrinet.

Det der møde, det er så essentielt

Det næste fotografi viser to kvinder, som sidder på hver sin side af et hvidt bord. Tilsyneladende er de i gang med en seriøs samtale, hvor den ene taler, mens den anden lytter meget opmærksomt. Hende, der taler, er en mor, og hende, der lytter, er en sundhedsplejerske, som er på hjemmebesøg.

Figur 16 Det ser hyggeligt ud (*Snaplog* 1, tegnet af Tristan Dupuis)

Bordet, der adskiller de to kvinder, er tomt, hvilket bidrager til at sætte relationen mellem dem i centrum. Der er ingen aviser, nips eller andre pyntegenstande. Der er ingen papirer, ingen bærbare pc-er, ingen mobiltelefoner eller iPads eller noget som helst andet, der umiddelbart kunne forstyrre samtalen. Sundhedsplejersken kan således koncentrere sig fuldt ud om at lytte til moderens fortælling.

Billedet bidrager til at ”frame” den professionelle relation, og i teksten, som følger med billedet, understreger sundhedsplejersken, hvordan hun opfatter samtalen som noget

meget væsentligt og centralt i forhold til hendes forståelse af god sundhedspleje-faglighed. Hun beskriver sundhedsplejerskens rolle som at være den anerkendende og afventende anden, og hun fremhæver især betydningen af, at sundhedsplejersken lytter til det, den anden siger såvel verbalt som nonverbalt. Tilsammen fremstiller billedet og teksten en forståelse af god sundhedspleje-faglighed som noget, der sætter moderen i centrum, og som noget, der først og fremmest tager sit udgangspunkt i de problemstillinger og spørgsmål, moderen sætter på dagsordenen.

Det ser hyggeligt ud

Efter den indledende drøftelse af betydningen af kontakten og samtalen mellem mor og sundhedsplejerske udbryder en af fokusgruppens deltagere helt spontant: *Det ser hyggeligt ud*, hvilket umiddelbart overrasker. Med valget af dette motiv er det bestemt ikke denne sundhedsplejerskes ærinde at fremhæve det hyggelige og det hjemlige ved sundhedsplejerskens virksomhed, når denne foregår som et hjemmebesøg. Snarere tværtimod! Hun søger netop at fremhæve og understrege det seriøse og det særligt faglige og saglige i mødet mellem sundhedsplejerske og familie.

Kommentaren skal formentlig først og fremmest læses som en ironisk (og kritisk) kommentar til det konsultationsprojekt, som nogle af fokusgruppens deltagere medvirker i (og som jeg vil vende tilbage til og udfolde yderligere i kapitel 8). I dette projekt har sundhedsplejerskerne fået tildelt nogle lokaler, som er meget mørke og også - efter sundhedsplejerskernes egen forståelse - uhensigtsmæssige i relation til deres arbejde med børn under ét år og deres familier.

En pointe er dermed, at omgivelserne tillægges meget stor betydning, hvilket bl.a. fremgår af sundhedsplejerskens egen kommentar til billedet i fokusgruppediskussionen:

> *Da jeg så billedet, der tænkte jeg lige netop, at det var dejlige omgivelser. Og jeg synes, at det har en betydning i forhold til, hvor meget moderen kan lytte. Langt de fleste kan lytte på en mark, men der er altså også rigtig mange, der har rigtig meget brug for at tale og måske lytte og som har svært ved det, når omgivelserne ikke er optimale* (*Snaplog* 1, fokusgruppe).

Rummet fremhæves her som en ramme omkring relationen mellem familie og sundhedsplejerske, der kan skabe såvel muligheder som udfordringer. Forskellige rammer (u)muliggør forskellige udgaver af sundhedspleje, en pointe som jeg i øvrigt vil vende tilbage til i kapitel 7 og 8. Det interessante i forhold til dette citat er imidlertid, at fokus ikke blot er rettet mod, *hvor* sundhedspleje bedst kan foregår. Med forskydningen fra sundhedsplejersken, som skal lytte til moderen, til moderen, som kan eller ikke kan lytte til sundhedsplejersken begrundet i omgivelser, fremgår det, at der også er sket en forskydning i, *hvad* der sker.

Kommentaren *Det ser hyggeligt ud* trækker forholdet mellem det hyggelige og det fagligt-saglige frem som mulige sammenstød mellem forskellige subjektpositioner i sundhedsplejerskernes arbejde i hjemmebesøget. Sundhedsplejersken er en professionel, som gennem sundhedsloven, hendes autorisation, erfaringen som sygeplejerske, videreuddannelsen eller specialuddannelsen til sundhedsplejerske samt hendes ansættelse i kommunen har en legitim adgang til familiens hjem, som andre fag eller professioner ikke har. Ved hjemmebesøget er hun imidlertid også at betragte som en person, der inviteres ind som en gæst.

Der knytter sig forskellige regler og logikker til de to positioner *professionel* og *gæst*, som bidrager til at regulere samværet i sociale fællesskaber. At være gæst er en særlig position. Gæster må som udgangspunkt indordne sig eller tilpasse sig de spilleregler, som er gældende i det pågældende hjem. Det er værten, der i princippet sætter rammerne for besøget, herunder f.eks. bestemmer, om sundhedsplejersken skal tage skoene af, hvor samtalen skal foregå, om der skal serveres en eller anden form for traktement, osv. Deroverfor står, at sundhedsplejersker er ikke almindelige gæster. Deres besøg knytter an til flere formål - dels at yde oplysning og vejledning som et tilbud til forældrene og dels at føre tilsyn og kontrol med barnets sundhed og trivsel. Set i forlængelse af dette er den kommentar, som følger umiddelbart efter *Det ser hyggeligt ud* noget overraskende.

Der mangler kaffe

Alle i fokusgruppen griner højlydt af kommentaren *Der mangler kaffe.* Den ikke-tilstedeværende kaffe giver imidlertid anledning til en interessant debat, hvor sundhedsplejerskerne giver udtryk for, at selv om der rent faktisk kan være (og ofte er) sat kaffe frem på bordet, når sundhedsplejersken kommer på besøg, så er det ikke altid

tilfældet, at man som sundhedsplejerske får den tilbudt: *Nogle gange så står den (dvs. kaffen) på bordet, og der er ingen, der byder (de griner højt)* (*Snaplog* 1, fokusgruppe).

Denne konstatering giver anledning til nogle drøftelser i fokusgruppen om, hvad man så gør. Helt spontant er sundhedsplejerskerne enige om, at de skal have den budt, og det betyder, at selvom sundhedsplejerskerne observerer, at kaffe og kopper er sat frem og gjort klar, så afventer de i situationen, at forældrene skal tage initiativet. I den forstand kan man sige, at de i det øjeblik optræder i en rolle som den gode gæst, der ikke vil overtræde de uskrevne regler for god opførsel.

En variant af denne pointe, som ikke blot træder frem i *Snaplog*-undersøgelsen, men som også kommer til syne i forskellige versioner i de fokusgruppegruppeinterviews, som jeg foretog forud for de to *Snaplog*-undersøgelser, handler om, hvor i hjemmet samtalen eller vejledningen kan foregå, når sundhedsplejersken er på hjemmebesøg:

> *Det er jo meget sjovt, hvordan vi kommer ind. Om det er forældrene, der finder ud af, hvor vi skal sidde. Eller om det er os, der finder ud af, hvor vi skal sidde. Og det er meget forskelligt. Nogle gange har jeg oplevet en halv vejledning stående. Vi tager lige de første par emner stående (Snaplog 1, fokusgruppe)*

”Den manglende kaffe” og ”den stående vejledning” kan læses som eksempler på de grænseflader, som opstår mellem forskellige subjektpositioner (her eksemplificeret gennem positionerne som gæst og professionel), situationer hvor det ikke nødvendigvis fremgår helt klart og tydeligt for aktørerne, *hvorfra* der tales (og dermed hvilke konsekvenser det kan have at tale), *hvem* der har ansvaret for hvad i relationen, og *hvornår* dette ansvar præcist skifter karakter og/eller træder i kraft. Med disse pointer fortælles således en anden historie om den professionelle relation end den, som sundhedsplejersken og fokusgruppen umiddelbart har valgt at ”frame”, og det centrale bliver herefter at rette opmærksomheden mod de (u)mulige positioner, som byder sig til for såvel familien som for sundhedsplejersken. Jeg vil vende tilbage til dette tema i kapitel 7.

Hvis jeg ikke har mor i centrum, kan jeg heller ikke gøre ret meget for barnet

I løbet af fokusgruppediskussionen giver deltagerne gentagne gange udtryk for, at det er barnet, som er det centrale i deres virksomhed og faglighed, et perspektiv som også fremgår af såvel sundhedsloven som af bekendtgørelsen og vejledningen om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge.

I sin ”framing” af god sundhedspleje-faglighed har denne sundhedsplejerske valgt et fotografi, som retter den fulde faglige opmærksomhed mod en mor. Denne forskydning fra ”det centrale barn” hen imod moderen er en pointe, som især begrundes ud fra et helhedssyn eller et holistisk perspektiv (og en pointe som jeg vil vende tilbage til og udfolde yderligere i det næste afsnit). Det mest iøjnefaldende ved dette *Snaplog*-billede er således, at det ikke viser et spædbarn, og denne sundhedsplejerskes ”framing” af moderen som fokus for god faglighed forstærkes gennem den afsluttende pointe.

Når udgangspunktet tages i et performativ perspektiv, er det som tidligere nævnt en særlig pointe, at billeder ikke skal eller kan læses som noget, der repræsenterer eller afspejler verden, som den er, og derigennem kan bidrage til at dokumentere bestemte fænomener. I den performative analyse læses billedet af den professionelle relation således ikke som en repræsentation af sundhedsplejerskens praksis, som den er i virkeligheden, men derimod som en indramning eller en rekonstruktion af, hvad sundhedsplejersken finder særligt betydningsfuldt i det daglige arbejde.

Den særlige pointe i forbindelse med dette billede er, at det kommer til at optræde som en fremstilling af den flertydighed, som virkeligheden indgår/kan indgå i, idet billedet ikke, som man ellers kunne formode, er taget i forbindelse med sundhedsplejerskens reelle, daglige arbejde. Derimod er billedet blevet konstrueret til lejligheden, hvorfor det fremstiller en virkelighed, således som den kunne have udspillet sig.

Billedet viser sundhedsplejerskens gode veninde, der godt nok er mor, men som her *spiller rollen* som en mor, mens sundhedsplejersken selv optræder som den professionelle, dvs. som sig selv, når hun er på arbejde. Fotografiet er taget af sundhedsplejerskens mand, og scenen udspiller sig i hendes eget hjem. Hermed har sundhedsplejersken indrammet en forståelse af faglighed, der umiddelbart kan læses som et ideal - en vision om den gode sundhedspleje - hvor den professionelle relation sættes i centrum. Som følge heraf er billedet en rekonstruktion af, hvad der anses for at være betydningsfuldt i sundhedsplejepraksis. At der er tale om en rekonstruktion er ikke noget,

som sundhedsplejersken selv beskriver i sin log, men rekonstruktionen bliver afsløret af kollegerne i fokusgruppediskussionen gennem snakken om den manglende kaffe, og mens barnet glimrer ved sit fravær på denne sundhedsplejerskes udvalgte billede, så er barnet i høj grad til stede på det næste fotografi.

Glad fyr om dagen - tyran om natten

Dette billede med fokus på god sundhedspleje-faglighed indrammer ansigtet af en glad og smilende dreng. Ud fra billedet synes alt at være, som det skal, set fra et sundhedspleje-fagligt perspektiv. Drengen er i bogstaveligste forstand i centrum af motivet, og tilsyneladende kigger han på noget eller nogen, som befinder sig uden for fotografiets ramme.

Figur 17 Glad fyr om dage - tyran om natten (*Snaplog* 1)

Sundhedsplejerskens beskrivelser og overvejelser i loggen underbygger det første indtryk: Alt er, som det skal være. Hun beskriver, hvordan drengen bliver ammet, og hvordan han udvikler sig fint svarende til sin alder. Forholdet mellem mor og barn vurderer hun som værende godt, osv. Alt i alt er der tilsyneladende ingen grund til sundhedsplejefaglig bekymring for denne dreng.

Dermed ser det umiddelbart ud til, at det er barnet, som spiller hovedrollen i denne sundhedsplejerskes fremstilling af den gode faglighed, hvilket anerkendes fuldt ud af de

øvrige sundhedsplejersker i fokusgruppen. De understreger, at det er barnet, som er omdrejningspunktet for sundhedsplejens arbejde, og med henvisning til deres uddannelse, viden og erfaring beskriver de sundhedsplejersker som en faggruppe, der er gode til at se på børn og gode til at observere og vurdere børn og deres sundhed og trivsel. På den måde handler fotografiet indledningsvist om det, sundhedsplejersker *står i hele tiden, det med at kigge på børn* (*Snaplog* 1, fokusgruppe). I forlængelse heraf synes billedet at være et oplagt valg i forhold til bestræbelserne på at beskrive god sundhedspleje-faglighed.

En god mor

Moderen kan ses ikke på billedet, men hun optræder som en aktør gennem sundhedsplejerskens beskrivelser i loggen. Det mest bemærkelsesværdige ved billedet viser sig således i lighed med det foregående billede at være det, som man ikke umiddelbart kan se. Mens billedet ”framer” barnet som det centrale fokus for sundhedsplejerskens arbejde, fortæller såvel sundhedsplejerskens tekst som fokusgruppediskussionen en anden historie. I denne fortælling flytter sundhedsplejersken sin faglige opmærksomhed fra barnet til moderen og hendes fysiske og psykiske velbefindende. Det betyder, at selv om barnet ideelt set er i centrum, sker der også i denne diskussion en forskydning i den faglige opmærksomhed.

Sundhedsplejersken beskriver i sin log, at det, som billedet ikke viser, er, at moderen til dette glade og veludviklede barn er fuldstændig udmattet. Hun beskriver, hvordan drengen *suger al kraft ud af sin fysisk trætte mor*, og hun citerer moderen for at sige, at barnet er en *dejlig fyr om dagen – tyran om natten* (*Snaplog* 1, log).

I fokusgruppediskussionen understreger sundhedsplejersken, at denne mor er en såkaldt ”god mor”, dvs. at hun gør alt det rigtige, og at hun gør alt, hvad hun kan for at opfylde sit barns behov, men at det tilsyneladende har sine omkostninger at agere som den gode mor. Konkret betyder det i dette tilfælde, at moderens egne behov ikke bliver opfyldt i tilstrækkelig grad. F.eks. sover hun ikke om natten. Årsagen er, at den eneste måde, hvorpå moderen kan få sit barn til at sove, er ved at køre/vugge ham i barnevognen.

Fokusgruppediskussionen støtter op omkring denne forståelse af faglighed og understreger, at: *der er en rigtig fin pointe med billedet, fordi der er en bagside af medaljen* (*Snaplog* 1, fokusgruppe). Begrundelsen for denne forskydning fra barn til mor er ifølge sundhedsplejerskerne, at man ikke kan betragte barnet isoleret. Barnet må

nødvendigvis ses i sammenhæng med sin familie, og familien må ses som en helhed. Dermed trækker de på holistiske og systemteoretiske tilgange[68].

Mens det systemteoretiske perspektiv på den ene side forekommer at være oplagt og relevant som et redskab, der kan bidrage til at skabe overskuelighed og orden i en ellers kompleks verden, så udvider det på den anden side også grænserne for, hvad det er muligt og relevant at beskæftige sig med. Dermed gøres et i forvejen omfattende fagligt felt som sundhedspleje endnu større, og ud over potentielle konflikter mellem forskellige interesser i systemet kan en sådan udvidelse bidrage til, at det bliver uklart, hvor sundhedsplejerskers faglige ansvar begynder, og hvor det slutter. Det systemteoretiske perspektiv retter fokus på, at der sker noget, som indvirker på resten af systemet. I et performativt perspektiv rejser dette nogle spørgsmål om, hvad det egentlig er, der konstituerer det, der sker, samt hvilke effekter, der konstitueres gennem det, der sker.

Flere lag af virkeligheden

I loggen beskriver sundhedsplejersken, hvordan hun bruger sin faglighed til at afdække flere lag af virkeligheden. Dette uddyber hun i fokusgruppen ved at bruge metaforen *tapet*. Hun sammenligner med lag af tapet, hvor disse lag umiddelbart kan se fine ud. Men pludselig kan der dukke noget frem. Fokusgruppen støtter dette synspunkt, dog på en lidt anderledes måde: *en meget vigtig del af vores faglighed, det er da at gå ind under huden* (*Snaplog* 2, fokusgruppe). Fælles for disse metaforiske beskrivelser af sundhedsplejerskers faglighed er fremhævelserne af, at der bagved eller uden for det, sundhedsplejersken umiddelbart har mulighed for at se og/eller høre, kan vise sig at være nogle væsentlige problemstillinger.

Ved at *indstille antennerne* på det, forældrene siger, og med opmærksomheden rettet mod det, som er *inden i*, *mellem lagene*, *under huden*, osv., er sundhedsplejerskerne i *Snaplog*-fokusgruppen ikke blot opmærksomme på det, de rent faktisk kan se eller høre. De ”ser” og ”lytter” også efter noget, som ikke umiddelbart fremtræder synligt eller hørbart. Heraf fremgår, at sundhedsplejerskers faglighed ikke blot trækker på indsiger og viden fra bøger og de erfaringer, som mange møder med forskellige familier, kan bidrage med.

[68] Systemteorier deler ideen om at fremstille en analyseramme, der kan bidrage til at analysere sociale fænomener i sammenhænge. Fra dette perspektiv søger systemteorier at skabe en vis orden i kompleksiteten (Skyttner, 1996). Det sundheds- og sygeplejefaglige felt synes at være optaget af systemteoretiske og holistiske tilgange: Se f.eks. Neuman & Fawcett (2002): *The significance of systems theory for nursing has been recognized for many years* (side 4).

Kroppen, sanserne og følelserne spiller også en meget væsentlig rolle set i forhold til at foretage faglige vurderinger af barnets sundhed og trivsel og bestemmelserne af moderen som en god mor (denne pointe vil jeg vende tilbage til i kapitel 7).

Det interessante her er, at sundhedsplejerskernes opmærksomhed mod det, der ikke umiddelbart kan ses og/eller høres, er et gennemgående tema i det empiriske materiale og således indgår i bestemmelsen af god sundhedspleje. Mens betydningen af det sansemæssige og den kropslige viden bestemt ikke skal undervurderes, kan man i forlængelse af Karen Barads begreb ”Agential Cut” dog samtidig pege på, at dette har den reelle effekt, at det ikke nødvendigvis fremstår helt klart for mødrene (og måske heller ikke for sundhedsplejerskerne selv), hvad de er oppe imod, og hvad der skal til for at blive inkluderet i kategorien ”den gode mor”.

Kommunernes tilbud om sundhedspleje omfatter observation og vurdering af barnets sundhed og trivsel. Som følge af lovgivningen skal sundhedsplejersker også føre tilsyn med eller kontrollere barnets sundhed på vegne af kommunen (som skal gøre det på vegne af den danske stat). Set fra dette perspektiv bliver sundhedsplejerskers bestræbelser på også at rette opmærksomheden mod det, man ikke umiddelbart kan se, interessant.

Ud fra et tilsynsperspektiv kan sundhedsplejerskernes arbejde med opgaven læses som en statslig kontrol, der rækker dybt ind i forældres liv. Med Barads forståelse af etiske overvejelser i tilknytning til de ”Agential Cuts”, som foretages, kan det fremhæves, at i forlængelse af kategoriseringer som det sunde barn, den gode mor, den udsatte eller sårbare familie med særlige behov, osv., følger også en forpligtelse til at redegøre for såvel de kriterier, der ligger til grund for en given kategorisering, som for de effekter, en sådan kategorisering har eller vil kunne få.

Hvis jeg ikke var der, var der ikke noget billede

Som nævnt i præsentation af *Snaplog* i kapitel 3 har hovedparten af sundhedsplejerskerne i begge *Snaplog*-undersøgelserne valgt at fokusere på ”genstandene” for og resultaterne af deres arbejde ved at fremhæve børn, mødre og familier og samspillet mellem dem i de udvalgte billeder og tilhørende tekster. Det betyder, at sundhedsplejersken selv er ladt uden for rammen på de langt de fleste billeder.

Det næste billede adskiller sig fra de øvrige *Snaplog*-billeder ved at ”frame” både barn, mor og sundhedsplejersker. Dermed indfanger fotografiet temaerne fra de foregående billeder: Barnet i centrum og betydningen af kommunikationen mellem forældre og

sundhedsplejerske som væsentlige fænomener i god sundhedspleje-faglighed. Dette billede tilføjer imidlertid sundhedsplejersken som den tredje part i en trekant. Med sit billede og den tilhørende tekst understreger denne sundhedsplejerske således, at det er en faglig udfordring, at den professionelle relation ikke blot er en 1:1 relation mellem to ligeværdige deltagere, men derimod er en relation, som omfatter noget mere.

I teksten beskrives det, hvordan sundhedsplejersken (som omtales i tredje person) efter at have undersøgt det to måneder gamle barn nu er i gang med at informere moderen om barnets udvikling og trivsel.

Figur 18 Det er en trekant (*Snaplog* 2)

Hun fortsætter:

> *For mig opstår den gode faglighed, når der er god kommunikation og tillid mellem sundhedsplejersken og forældre/barn. Billedet er for mig et godt eksempel på den gode faglighed, hvor barnets trivsel er i centrum, men hvor kommunikationen går til omsorgsgiverne, i dette tilfælde moderen. Selv om sundhedsplejersken kommunikerer med moderen på billedet, har hun tidligere i besøget skabt tillid til barnet, hvilket kan være det essentielle for at kunne*

undersøge barnet, og derfra kommunikere med moderen om barnets udvikling/trivsel (*Snaplog* 2, log)

I fokusgruppediskussionen afsløres det, at kommunikationen med netop denne mor ikke er helt problemfri. Faderen plejer at fungere som oversætter, idet familien ikke ønsker en tolk, men i denne konkrete situation er han ikke hjemme, hvilket gør sundhedsplejerskens arbejde mere besværligt. Hun oplever til gengæld, at hun alligevel på en eller anden vis har formået at kommunikere med denne mor, og at det er lykkes at få etableret en kontakt, hvilket hun ikke helt har været i stand til ved de foregående besøg: *Jeg synes faktisk ikke, at min kontakt til moderen har været så god. Men det er også fordi, faderen altid har været der* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Faderen har altid været der

Det er tankevækkende, at mens sundhedsplejerskerne fremhæver familien og det holistiske perspektiv eller det systemteoretiske som noget, der har stor betydning, så er der blot en enkelt sundhedsplejerske i de to *Snaplog*-undersøgelser, som har valgt at tage et billede, der fokuserer på en far og på relationen og kontakten mellem far og barn. I øvrigt kan det fremhæves, at dette billede blev valgt som motiv nummer to. Desuden er det bemærkelsesværdigt, at der på ingen af billederne i *Snaplog*-serierne indgår søskende i de valgte motiver. Far, familien og søskende er betydningsfulde, men også usynlige aktører, som tales frem, men som udelukkende har mulighed for at deltage som betydningsfulde andre gennem sundhedsplejerskernes tekster og fokusgruppediskussionerne.

Egentligt var det netop sundhedsplejerskens intention at tage et billede, der omfattede hele denne familie. Fokusgruppediskussionen afslører, hvad billedet ikke umiddelbart viser, nemlig at denne familie - ud over moderen og den lille dreng - tæller en far og fire større børn. Normalt plejer hele den store familie at være til stede, når sundhedsplejersken kommer på besøg. Ved dette specifikke besøg er det således første gang, at det kun er moderen (og babyen), der er hjemme.

Hvorfor er det egentlig, at du skal komme?

Billedet giver i øvrigt også anledning til, at fokusgruppen drøfter deres oplevelser og erfaringer i forhold til forældrenes (indimellem manglende) forståelse af sundhedspleje-faget og arbejdet som sundhedsplejerske. Mens hospitalet kan fremhæves som et sted, hvor familien kommer, fordi der er en, der er syg, eller som har et klart defineret problem, og mens uniformen signalerer en eller anden form for autoritet, så er sundhedsplejerskers arbejde defineret af, at et barn er blevet født, og at nogle er blevet forældre, dvs. at arbejdet udløses af noget, der knytter sig til det almindelige og "normale" liv - og iklædt sit almindelige og private tøj ligner sundhedsplejersken til forveksling en gæst blandt alle de andre gæster, familie kan få besøg af efter fødslen[69].

Det er således ikke alle familier, som helt præcist ved, hvad en sundhedsplejerske skal eller kan, og som derfor stiller spørgsmål som f.eks. *Hvad er det egentligt, du skal?* Eller *Hvorfor er det egentligt, du skal komme?* (*Snaplog* 2, fokusgruppe). I den konkrete sammenhæng er det en udenlandsk familie, som rejser dette spørgsmål, og den sundhedsplejerske, som havde oplevet det, gav udtryk for, at det alligevel kom lidt bag på hende. En af de øvrige sundhedsplejersker i fokusgruppen supplerer med at fremhæve, at *der er nogle, der opfatter sundhedsplejersker sådan lidt a la sygehjælpere* (*Snaplog* 2, fokusgruppe). Herved understreges det, at sundhedspleje set fra forældrenes perspektiv ikke nødvendigvis bliver opfattet som noget, der kræver en speciel og længerevarende uddannelse. Sundhedsplejerskerne giver på denne måde udtryk for, at de kan være nødt til at retfærdiggøre, både hvem de er, og hvad de kan og skal for at opnå respekt og anerkendelse.

Det er en eller anden trekant, vi har

Den sidste pointe i forbindelse med dette billede er, at det er udvalgt af den person i de to sundhedsplejegrupper, som har den korteste erfaring. Som sundhedsplejestuderende i sin første praktik har hun ikke erfaring som færdiguddannet og selvstændig udøvende af sundhedspleje-faget.

I fokusgruppen giver hun udtryk for, at hun ikke kan forestille sig andet, end at hun skal med på billedet:

[69] Denne pointe optræder også i fokusgruppediskussionerne forud for de to *Snaplog*-undersøgelser. Sundhedsplejerskerne beskriver her sundhedsplejersken som *endnu en gæst, som skal sættes ind i rækken af gæster* (Fokusgruppeinterview, distrikt A, Kommune C).

Jeg tænker, at jeg er en vigtig del. Barnet er jo det essentielle her og moderen også. Men det er jeg jo sådan set også. Det er en eller anden trekant, vi har. Det er jeg jo egentlig en stor del af. Hvis jeg ikke var der, så var der jo ikke noget billede (*Snaplog* 2, fokusgruppe)

Pointen er her, at hun opfatter barnet og moderen - ikke sig selv - som det essentielle. På den anden siden ønsker hun med billedet at fremhæve, at den gode sundhedspleje-faglighed skabes i interaktion med dem, det handler om. I forlængelse heraf skal den studerende selvfølgelig med på billedet, og da hun følges af sin praktikvejleder, har hun alle muligheder for at følge op på denne plan.

At det netop er en studerende, som vælger et motiv, hvor sundhedsplejersken dels er ”på arbejde” og dels ”kommer hele vejen rundt”[70] i forhold til den gode faglighed, er nok ikke helt tilfældigt. Som endnu ikke færdiguddannet bliver hendes opgave i fokusgruppediskussionen ikke alene at definere god sundhedspleje sammen med de øvrige sundhedsplejersker. Da disse indtager flere roller som henholdsvis hendes kolleger, vejledere og fremtidige bedømmere, bliver opgaven således også at demonstrere og argumentere for, at hun er berettiget til at blive et fremtidigt medlem af et særligt fællesskab af praktikere.

Så denne sundhedspleje-studerende glemmer ikke nogen (hvilket fremgår af, at såvel barn som mor er inden for hendes opmærksomhedsradius) eller noget (hvilket fremgår af vægten og de papirer, som ligger forrest i billedet). Tilsammen bidrager det til at styrke indtrykket af, at hun er godt på vej til at blive (rigtig) sundhedsplejerske. Hertil kommer, at hun i det sundhedsfaglige felt demonstrerer, at hun er i stand til at tale sundhedsplejerskernes ”sprog” med særlig vægt på udtryk og begreber som f.eks. ”tillid”, ”kommunikation” og ”barnet i centrum”.

Det er fundamentet: At den lille vokser og gror, som den skal

Det næste billede viser en mor, som kigger hengivent på sit to måneder gamle barn. Dermed indgår det umiddelbart i rækken af billeder, som ”framer” mor-barn-relationen som det centrale i god sundhedspleje-faglighed.

[70] Med dette mener jeg, at hun forholder sig til kommunikation med såvel mor som barn (i øvrigt som den eneste).

Figur 19 Det er ikke hjemme (*Snaplog* 1)

I teksten redegør sundhedsplejersken for, at faglighed i hendes forståelse bl.a. er at hjælpe med at understøtte en mors bestræbelser på samspil med sit barn, og hendes faglige opmærksomhed er især rettet mod kontakten mellem de to og barnets spæde sprog. I den forståelse er sundhedsplejerskens fokus rettet mod at fungere som en slags oversætter eller tolk. God faglighed handler imidlertid også om at vejlede moderen om betydningen af det kropslige som forudsætning for barnets udvikling, herunder at barnet får styrket sin muskulatur ved at ligge på maven. På den måde handler faglighed ikke blot om at formidle viden, men retter sig også mod, hvorvidt såvel barn som mor udvikler (bestemte) færdigheder.

Fokusgruppen retter straks opmærksomheden mod kontakten mellem mor og barn som det væsentlige tema og bemærker, at der er meget kontakt i billedet. Med udgangspunkt i dette billede drøfter fokusgruppen desuden betydningen af at være i øjenhøjde med barnet og støtte barnets udvikling. Sundhedsplejerskerne fremhæver, at en stor del af deres faglighed handler om at bemærke den kontakt, der er, fra mor til barn og fra barn til mor. God sundhedspleje-faglighed er dermed ikke blot rettet mod at se efter, hvorvidt der er

(eller ikke er) kontakt mellem mor og barn, men også om at observere såvel barnets som moderens bestræbelser på og evne til opnå denne kontakt. God sundhedspleje-faglighed handler således også om at vurdere kvaliteten af kontakten og om at vise vejen til udvikling f.eks. gennem formidling af viden eller ved at fungere som en slags rollemodel.

Den mor er en god mor

Ligesom moderen på det tredje fotografi bliver denne mor også kategoriseret som ”en god mor”. Til grund for denne vurdering ligger bl.a., at moderen har en intuitiv forståelse for at gøre det rigtige, og at hun er opmærksom på, hvordan hun kan kommunikere med samt støtte og stimulere sit barn:

> *Fordi meget af det ligger implicit. Hvis det er en mor, hvor det bare kommer intuitivt, at hun skal snakke med det barn, og det skal svare , så kan man sige, så behøver man ikke så meget undervisning, og den mor er en god mor, altså hun kan godt mærke det og se det* (*Snaplog* 1, fokusgruppe).

Med henvisning til det, som er intuitivt, har ”den gode mor” ikke nødvendigvis brug for, at sundhedsplejersken underviser eller formidler sin mer-viden videre til moderen. I stedet handler god faglighed om at anerkende og støtte en mor i hendes bestræbelser, men hvis det, som danner grundlaget for kategoriseringen ”god mor”, som tidligere nævnt er implicit og dermed ikke nødvendigvis synligt, så kan moderen ikke vide præcist, hvad hun er oppe imod, eller hvilke kriterier der ligger til grund for en sådan vurdering. Det kan således forblive uklart for hende (og muligvis også for sundhedsplejersken selv), hvad der skal til for at være og forblive i kategorien ”den gode mor”, hvilket gør hende afhængig, ikke så meget af sundhedsplejerskens viden, men i højere grad af hendes fortsatte anerkendelse.

Der er jo en sundhedsplejerske på besøg dér

Gennem drøftelse i fokusgruppen viser billedet sig at adskille sig fra de øvrige billeder, som er rettet mod mor-barn-relationen og kontakten. For selv om sundhedsplejersken ikke umiddelbart selv er i aktion på dette billede, så bliver hun og hendes arbejde alligevel bemærket med henvisning til det faktum, at barnet ikke har tøj på. Dette

indikerer ifølge fokusgruppen, at der skal ske noget, eller at der allerede er sket noget, som knytter sig til noget sundhedsplejerskefagligt.

Hertil kommer, at nogle af sundhedsplejerskernes væsentlige arbejdsredskaber er kommet med på billedet. Sundhedsplejerskerne konstaterer, at der ligger nogle dokumenter på bordet, men de retter især deres opmærksomhed mod vægten, som også ligger på bordet. Denne vægt beskriver de som den rigtige vægt.

Den rigtige vægt er den traditionelle bismervægt, som kan læses som selve symbolet på sundhedsplejersker og deres virksomhed, mens den nye, moderne elektroniske vægt, som den unge sundhedsplejerskestuderende gjorde brug af i det foregående billede, åbenbart ikke opfattes som helt ”rigtig”, på trods af at den sandsynligvis er mere præcis.

Betydningen af vægten og vejning er et tema, som fokusgruppen forholder sig til på forskellige måder i deres ”framing” af god sundhedspleje-faglighed. Tidens trend er ifølge nogle af fokusgruppens deltagere, at sundhedsplejersker i højere grad retter opmærksomheden mod samspil og kontakt og vurderer, om børnene trives, frem for at måle og veje. Vægten i sig selv har dermed fået mindre betydning i sundhedsplejerskers arbejde. Der er dog ikke helt konsensus omkring dette synspunkt i fokusgruppen. F.eks. fremhæver en af sundhedsplejerskerne, at *Det er jo ikke sådan, at vi tænker, at vægten er mindre væsentlig. Den er grundlæggende* (*Snaplog* 1, fokusgruppe).

Diskussionen om vægt handler om, hvorvidt det er nødvendigt af veje alle børn hver gang eller ej, idet sundhedsplejersker med afsæt i et fagligt skøn, mener, at de er i stand til at vurdere, om et barn er i trivsel eller ej. Barnets vægt og længdemål er imidlertid betydningsfulde data for forældrene. Det er noget, som de efterspørger hver gang, og sundhedsplejersken må ikke springe over her. Denne pointe fremgår også af det etnografiske feltarbejde, hvor vejning helt klart kan læses som et af højdepunkterne i konsultationen (og formentlig også i hjemmebesøget). Her har sundhedsplejerskerne forældrenes fulde opmærksomhed, og resultatet har stor betydning. Hvis barnet ikke har øget sin vægt tilstrækkeligt, bliver dette et naturligt omdrejningspunkt for resten af mødet, og det kan betyde, at sundhedsplejersken må omprioritere sin plan for resten af mødet.

Vægten kan således betragtes som noget grundlæggende set i forhold til at måle, hvorvidt barnet vokser, som det skal. Mens vægten og vægtkurven dermed kan knytte sig til oplevelsen af tryghed i forhold til, at alt er, som det skal være, så bidrager vægten på samme tid til at trække grænser mellem det, der kan beskrives som normalt, og det, der

ikke kan. På den måde har vægten den effekt, at det patologiske kan udgrænses fra det sunde og herefter kan gøres til genstand for en særlig sundhedsprofessionel indsats.

Udover at vægten er meget betydningsfuld for forældrene, så er det faktisk ikke muligt for sundhedsplejersker at springe måling af vægt og længde over. Sammen med de to øvrige indikatorer: *Udsættelse for passiv rygning* samt *Dato for ophør af fuld amning* indgår vægt og længde som data/oplysninger, kommunerne er forpligtede til at indberette til Sundhedsstyrelsens såkaldte børnedatabase (Sundhedsstyrelsen, 2011a).

Formålet med denne børnedatabase er at tilvejebringe et fundament for analyser af børns sundhed, der dels gør det muligt for kommunerne at sammenligne sig med andre kommuner, og dels fungerer som et redskab i forhold til at måle effekter af de kommunale indsatser i forhold til temaer som f.eks. amning og overvægt. Mens indberetningen af disse data er obligatorisk for sundhedsplejersker, er det frivilligt for de praktiserende læger, om de vil indberette disse oplysninger til Sundhedsstyrelsen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011a; Sundhedsstyrelsen, 2011a).

Alle disse diskussioner i relation til kontakten, stimulationen, vurderingen af trivsel, mål og vægt kan læses som materielt-diskursive praksisser, som knytter sig til konstitueringen af god sundhedspleje-faglighed. Mens mål og vægt på den ene side kan bidrage til at synliggøre og dokumentere noget af sundhedsplejerskers arbejde med børn under ét år (og deres familier), så er målebåndet og vægten ikke neutrale teknologier. At måle og veje er et tema, som rækker langt ud over den interesse, som forældre og sundhedsplejersker har i forhold til en vurdering af barnets udvikling og trivsel. Det gælder ikke mindst, når disse data bliver genstand for granskning og forskning, og som en følge heraf udgør et potentielt fundament for fremtidige politisk-økonomiske målsætninger, eller bliver genstand for evalueringer af de kommunale indsatser og dermed også en potentiel måling af kvaliteten af indsatserne. På denne måde er mål og vægt aktanter, som har særlige effekter, og det står klart, at det ikke længere blot er børnene (og deres forældre), der bliver målt og vejet. Det er også de sundhedsprofessionelle og kommunerne.

Det er jo ikke hjemme

Den sidste pointe i forbindelse med dette billede retter opmærksomheden mod det sted, sundhedspleje foregår. Selv om det bemærkes, at det jo er en sundhedsplejerske, der er på

arbejde dér, så bliver det også bemærket af sundhedsplejerskerne i fokusgruppen, at dette møde mellem barn/mor og sundhedsplejerske ikke foregår som et hjemmebesøg:

> *Det er jo ikke hjemme. For vægten kunne jo godt ligge derhjemme, men der er ligesom en tavle i baggrunden, der ikke ville hænge på en stuevæg* (*Snaplog* 1, fokusgruppe).

De har da også helt ret i denne observation. I sin tekst beskriver sundhedsplejersken, at dette billede er taget i forbindelse med en konsultation, som fandt sted i sundhedsplejerskens lokale på skolen (derfor hænger der en synstavle på væggen), og ikke i et hjemmebesøg. I kapitel 7 og 8 vil jeg uddybe sundhedsplejerskers forståelser af lokalitet/sted som noget, der er betydningsfuldt i forhold til god sundhedspleje-faglighed.

You never know

Næste billede af god sundhedspleje-faglighed er taget på et hjemmebesøg og viser en mor, som sidder i sofaen med sit barn. Fokusgruppens umiddelbare kommentar, da de ser det, er, at det er et skønt billede, og det fremgår således også af såvel sundhedsplejerskens log som fokusgruppens kommentarer, at dette billede umiddelbart skal bidrage til at ”frame” en version af temaet ”relationen mellem mor og barn” som noget, der er betydningsfuldt set i forhold til god sundhedspleje-faglighed.

Fokusgruppen konkluderer, at denne mor er der for sit barn. De læser billedet på den måde, at denne mor sidder i sofaen med sit barn og tilsyneladende ikke er optaget af alt muligt andet. Hun har de ting, hun umiddelbart skal bruge inden for rækkevidde, og er fuldt koncentreret om barnet.

Denne læsning giver anledning til en debat i fokusgruppen om, hvad man skal leve op til som nybagt mor. Det er ikke blot legalt at sidde sammen med sit barn uden at forholde sig til andre gøremål. Det er faktisk også *et must, at man sidder der* (*Snaplog* 1, fokusgruppe), og fokusgruppen understreger, at man som nybagt mor faktisk sidder rigtig meget.

Figur 20 You Never Know (*Snaplog* 2, tegnet af Tristan Dupuis)

På denne måde ”frames” moderskabet som en tilstand, hvor mødre skal støttes i, at de ikke behøver at leve op til egne og andres krav og forventninger, f.eks. om et liv med cafébesøg osv. Derimod fremhæves betydningen af at være der for barnet, dvs. at reagere på alle barnets signaler. Barnets behov fremstilles således som det primære, og herved giver sundhedsplejerskerne udtryk for nogle bestemte forventninger til mødrene, som i et eller andet omfang kan vise sig at spille med set i forhold til fastsættelserne og vurderingerne af den gode mor (eller det modsatte).

Ved at fremhæve betydningen af at sidde, og at man som mor til et spædbarn sidder meget, synes princippet om *ro* fra den oprindelige tanke i forhold til den gode spædbarnspleje, som Monrad introducerede i 1920-erne, således stadig at slå igennem i et eller andet omfang. Hvor *ro* på daværende tidspunkt især handlede om ikke at have barnet i hænderne konstant og fremhævede værdien af, at barnet havde sin egn seng, handler det imidlertid i den moderne udgave om at have opmærksomheden rettet mod barnet og ikke lave noget andet samtidigt. Ro betyder således i den moderne oversættelse, at der ikke skal være for mange forstyrrende elementer i barnets liv, og at moderens normale liv i sundhedsplejerskernes forståelse for en tid må sættes på *standby*.

Øjebliksbilleder

Sundhedsplejersken begrunder sit valg af billede med disse ord:

> *Det er et billede af den gode faglighed, da det både viser, hvor det er, vi udøver vores faglighed, samtidig med at det viser, hvordan vi skal bruge vores ekspertise*

i øjebliksbilleder. Mor og jeg fik - efter billedet var taget - en lang snak om at have kontakt til sit barn (*Snaplog* 1, log)

Fokusgruppediskussionen fremhæver, at godt nok handler dette billede i udgangspunktet om mor-barn-relationen, men på en måde, der er anderledes, end man umiddelbart ville antage. Det fremgår, at billedet dybest set kommer til at fortælle en historie om god sundhedspleje-faglighed, som i højere grad er rettet mod sundhedsplejersken selv og hendes faglige overvejelser.

Det interessante er især, at diskussionen i fokusgruppen kom til at kredse om *bekymring*, og hvad der kan ligge til grund for bekymring. Mens moderen kigger på sit barn, så kigger barnet ikke på sin mor, men har derimod blikket rettet mod noget andet, og selv om der er tale et *skønt billede*, så bliver drøftelserne i fokusgruppen ret hurtigt sporet ind på betydningen af, at drengen ikke er optaget af sin mor, men af noget andet.

På den ene side kan det i sundhedsplejerskernes forståelser tolkes som noget positivt, at barnet er parat til at bevæge sig ud i verden og ud over den tætte mor-barn-kontakt. Alligevel dvæler fokusgruppen ved, at moderen ikke har kontakt med ham i dette lille øjeblik. Gruppen anerkender, at der kan være mange grunde til det. F.eks. kan barnet være optaget af sundhedsplejersken eller af blitzen på kameraet, men selv om gruppen medgiver, at moderen kan have øjenkontakt med sit barn *på 1000 andre tidspunkter*, så vender de hele tiden tilbage til at tale om den kontakt, som denne mor måske/måske ikke har med sit barn.

Det er sgu ikke nok

Sundhedsplejersken, som har taget billedet, fortæller, at historien bag netop dette billede er, at hun ikke umiddelbart kunne opnå en tilfredsstillende øjenkontakt med barnet, da hun undersøgte det på puslebordet. Denne konstatering skærper sundhedsplejerskens opmærksomhed, og på trods af, at moderen giver udtryk for, at hun har god øjenkontakt med barnet, giver det alligevel anledning til begyndende bekymring og en nærmere undersøgelse. Er der umiddelbart noget at hente i omgivelserne som f.eks. badeforhængets farve eller lyset, der kan forklare denne manglende øjenkontakt?

Sundhedsplejersken når selv frem til den konklusion, at *Det er sgu ikke nok! Han er 2 måneder. Jeg skal kunne fange ham, og det kunne jeg ikke* (*Snaplog* 1, fokusgruppe), og da barnet så kigger væk fra sin mor i netop det øjeblik, billedet bliver taget, fanger sundhedsplejersken et af de små øjeblikke, hvor hendes observation og efterfølgende vurdering giver anledning til en øget faglig opmærksomhed og bekymring.

Pointen her er ikke, om sundhedsplejersken underkender moderens beretning, men derimod at der foregår en form for udveksling mellem sundhedsplejerskens egen viden, som hun har læst sig til, hendes erfaring, som hun har opnået ved at se mange børn, og så den fornemmelse, som hun oplever i de små øjeblikke:

> *Det er hele tiden en snak mellem den fornemmelse, du har, og så den viden, du har læst dig til og har fået gennem erfaringen. Og hvis den så siger OK, så dæmper følelsen sig. Hvis den bliver ved at sige, ikke-OK, så er følelsen der stadigvæk.*

Om der er grund til faglig bekymring eller ej, afgøres og afhjælpes således gennem et samspil mellem en lang række forhold som f.eks. viden, erfaring, mavefornemmelse, egne observationer af såvel mor som barn og dialogen med mor.

Denne fortælling har en ”Happy Ending”, idet sundhedsplejersken konstaterer, at det, der skulle til, for at fornemmelsen af uro forsvandt, var:

> *At jeg fik ham i hænderne, og så kom den (øjenkontakten). Jeg er ikke et øjeblik i tvivl om, at jeg har kontakten med ham. Det er et barn, der er blevet set og forstået. Så mor har nok ret i, at det er det der åndsvage badeforhæng* (*Snaplog* 1, fokusgruppe)

Der er ikke kun én vej, vi skal gå, selv om vi har en standardiseret besøgsprofil

Med det sidste billede flyttes opmærksomheden fra barn og mor og det, der sker mellem dem, og rettes i stedet mod netværket og dettes betydning for et godt barneliv. Billedet forestiller et klatrestativ og stammer fra et boligområde, hvor en stor del af denne sundhedsplejerskes arbejde foregår:

Jeg arbejder i et ghetto-område med mange indvandrere og familier, der er i Danmark for at arbejde. Mange af familierne har derfor et sparsomt netværk (*Snaplog* 2, log).

Sundhedsplejersken har to begrundelser for valget af netop dette billede. *For det første* ønsker hun at ”frame” betydningen af netværk set i forhold til familiers sundhed og trivsel. Hun retter her opmærksomheden mod familien og fremhæver, hvordan man med udgangspunkt i en (traditionel) netværkstankegang kan forstå store (udenlandske) familier med mange børn som en ressource set i relation til det lille barn (og altså ikke som et problem). Den store, udenlandske familie kan imidlertid mangle netværk set i forhold til at blive og forblive integreret i det nye land.

Figur 21 Der findes mange veje at gå (*Snaplog* 2)

For det andet ønsker hun med billedet af klatrestativet at fremhæve den pointe, at der findes mange veje at gå omkring i klatrestativet:

Det er ikke altid den samme vej, man skal gå. Det afhænger af familien. For mig handler den gode faglighed om at finde de ressourcer, familien har, og i

> *samarbejde med familien finde de løsninger, der kan gøre de områder, der er svage, stærkere* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Med sit billede og den medfølgende tekst retter sundhedsplejersken dermed sit faglige blik mod familien og dens ressourcer, og der er her tale om et blik, som rækker længere end til blot selve familien ved at inddrage de vilkår og betingelser, en familie har for at være en familie, som noget, der skaber den enkelte families konkrete muligheder og udfordringer.

Et barneliv

Egentligt ville denne sundhedsplejerske have taget et andet billede, som skulle fremhæve pointen om betydningen af familien og barnets netværk set i relation til et barneliv. Ligesom den sundhedsplejestuderende, som optrådte tidligere i analysen, ville hun have taget et billede af familien med de fem børn, men da det kun var moderen og det mindste barn, som var til stede i hjemmet, så faldt denne oprindelige idé til jorden.

Dette fokus på netværk som udgangspunktet for en faglig analyse af familiens ressourcer, muligheder og udfordringer giver anledning til at drøfte rækkevidden af sundhedsplejerskers arbejde i fokusgruppen:

> *Hvis jeg omsætter vores besøgsprofil til antallet af timer, jeg er sammen med denne her familie, så er det en forsvindende lille del af et barns liv. Så for mig er min rolle som sundhedsplejerske ikke at gøre mig selv usynlig, men at finde ud af, hvad denne her familie har, som kan styrke et sundt og godt liv for det her barn* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Med citatet understreges flere væsentlig pointer. *For det første* retter det opmærksomheden mod erkendelsen af, at sundhedsplejerskens støtte og vejledning trods alt kun udgør en forsvindende lille del af barnets samlede liv, og at der også er andre forhold og instanser, der spiller ind og har betydning. Desuden rettes fokus mod sundhedsplejersken og den (u)synlighed, der knytter sig til det konkrete sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Dette arbejde udspiller sig bl.a. i det

spænd, der kan være mellem på den ene side at være en synlig og betydningsfuld aktør set i forhold til barnets trivsel over for på den anden side at være den usynlige aktør, som ikke har åbenlyse funktioner, idet forældrene oplever, at de rent faktisk godt selv kan og derfor ikke mener, at de har brug for sundhedsplejerskens ydelser.

For det andet fremhæver citatet, at sundhedsplejerskers arbejde med børn og deres familier foregår under hensyntagen til unikke familiers forskellige behov og til de standardiserede besøgsprofiler, der bl.a. skal bidrage til at sikre et ensartet ydelse i kommunen. Fokusgruppediskussionen udtrykker denne spænding således:

> *Selv om vi har en standardiseret besøgsprofil, kommer det rigtig meget an på familierne, og hvad der sker i familierne* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

En standardiseret besøgsprofil er udtryk for den kommunale fastsættelse af antallet af besøg/kontakter, og mens nogle kommuner følger Sundhedsstyrelsens vejledning til punkt og prikke, har andre kommuner udarbejdet deres egen lokale udgave. Den konkrete standard sætter bestemte muligheder og grænser for de aftryk, en sundhedsplejerske har mulighed for at afsætte, og virker dermed som en slags grænsedragende instans set i forhold til de konkrete, lokale muligheder, hun har i forhold til at hjælpe familier med at finde ressourcer og løsninger, som tager udgangspunkt i den specifikke familie og denne families konkrete situation. Selv om lovgivningen leverer et vist råderum med understregningen af, at kommunen (og dermed sundhedsplejerskerne) skal yde en særlig indsats i forhold til børn med særlige behov og problemstillinger, bidrager også andre forhold som f.eks. kommunens økonomi, befolkningsgrundlag og udviklingen i kommunen, herunder forholdet mellem antallet af børn og antallet af ældre, til at definere de konkrete muligheder, som kommunerne og dermed også sundhedsplejerskerne reelt kan tilbyde.

At gøre en forskel

Sundhedsplejerskens overvejelser i tilknytning til hendes mulighed for at støtte og vejlede i forhold til hele barnets øvrige netværk og liv giver stof til eftertanke blandt kollegerne:

> *Jeg synes, at det er rigtig interessant, det Mette har fanget, det med barnelivet og at være klar over, hvor lille en del, det egentlig talt er (at sundhedsplejersker deltager), og hvordan vi kan være med til at gøre en forskel, hvis vi kan se og støtte op om det rigtige, og alt det andet. De skal leve deres liv, de skal jo ikke overtage noget. Også det der med veje, man kan gå. Ja, det er et rigtig godt billede ... Det kunne jo også være tværfaglighed, at der også skulle bydes ind fra en anden gruppe, for at det her barns barneliv kan få de bedste betingelser* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Så selv om sundhedslovens ideologier i form af målsætninger og krav på den ene side og de lokale, kommunale praksisser på den anden sætter bestemte rammer for sundhedsplejerskernes praksisser, så fastholdes barnets (og familiens) interesser og problemstillinger som centrum for sundhedsplejerskers forståelser af god faglighed. Det handler om at gøre en forskel, og det fastholdes, at: *Det gælder om, at man så er en del af det her barns liv i den tid - strategisk og fornuftigt - at man kan bruge det, der er vores faglighed* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Så var der et (billede), jeg gerne ville have taget

Jeg vil slutte denne præsentation af de to *Snaplog*-undersøgelser med fokus på god sundhedspleje-faglighed med at rette blikket mod to af de billeder, der ikke blev taget. Jeg har valgt at medinddrage disse to ikke-eksisterende billeder i præsentationen med henvisning til afhandlingens teoretiske og metodiske afsæt, som henleder opmærksomheden på, at det, der udelades, skæres fra eller efterlades uden for rammerne, dvs. det, som ”de-frames”, også er en væsentligt fortælling og har mindst lige så meget at sige om forskningens genstand *sundhedsplejerskers faglige selvforståelser* som deltagernes udvalgte fotografier.

At der var nogle billeder, som ikke kunne tages, enten - som nævnt i et tidligere afsnit - fordi de ønskede aktører ikke lige var til stede, eller fordi muligheden for at indfange lige netop det ønskede motiv ikke var der, kan tilbageføres til det første billede i præsentationen og understrege pointen om uforudsigeligheden i sundhedsplejerskens arbejde, og at man som sundhedsplejerske aldrig rigtigt kan vide, hvad man vil finde bag døren.

Det kunne jo også have været en ked-af-det mor

Opgaven var at tage billeder af god sundhedspleje-faglighed, hvilket naturligt i et eller andet omfang fremhæver historier om god sundhedspleje med en ”Happy Ending”, men nogle gange finder sundhedsplejerskerne noget andet end det, de forventede, bag døren. Det særligt bemærkelsesværdige ved de billeder, der ikke blev taget, er således, at de indrammer nogle problematiske forhold, hvor sundhedsplejersken på en eller anden måde er blevet følelsesmæssigt berørt, eller hvor hun oplevede, at hendes muligheder for at handle i form af hjælp og støtte til familien var begrænsede.

Det første de billeder, som ikke blev taget, retter f.eks. opmærksomheden mod en trist eller ked-af-det mor. Dette ikkeeksisterende billede retter opmærksomheden mod efterfødselsreaktioner (eller fødselsdepression) og de udfordringer, der knytter sig til en sådan problemstilling. Hermed zoomer sundhedsplejerskerne igen ind på det forhold, at god faglighed ikke blot handler om barnet, men også om moderens fysiske og psykiske trivsel som en væsentlig forudsætning for et godt og sundt barneliv. Med dette ikkeeksisterende billede kommer det især til at handle om, hvad man kan eller ikke kan gøre for at hjælpe og støtte mødre, og hvad man kan eller ikke kan tillade sig, hvis eller når de føler sig triste eller nedtrykte.

Denne sundhedsplejerske giver udtryk for, at selv om et sådant billede kunne fortælle rigtigt meget om, hvad god faglighed også er, så kunne hun ikke få sig selv til at spørge, om hun måtte tage et billede:

> *Altså, jeg havde et par eksempler, hvor jeg sådan tænkte, at det der kunne vise fagligt rigtig meget. Men det synes jeg ikke var passende* (*Snaplog* 1, fokusgruppe).

I stedet konstaterer hun, at det er så meget nemmere at spørge om lov til at tage et billede hos en mor, hvor det hele kører.

Hvor er mor henne?

Det andet billede, som ikke blev taget, referer til en situation, hvor sundhedsplejersken pludseligt bliver opmærksom på, at barnets mor ikke er til stede i hjemmet:

Og så fortalte han mig, at hun var i Kina, og hans udlægning omkring det var, at hun var blevet udvist. Det fik han så fortalt. Så var det lige pludselig noget helt andet, der skulle ske. Og så tænkte jeg, der, hvor fagligheden også kommer i spil, er, at det lige pludseligt er noget helt andet, der er på dagsordenen. Jeg havde måske en dagsorden, der handlede om kost. Jeg tænker, at det kunne have været et billede, der sagde noget, men en tekst, der sagde noget helt andet, om hvad vi kan komme ud for (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Sundhedsplejersken fortæller videre:

Jeg blev faktisk berørt af det. Vi havde tolk med, og faderen sagde ikke noget i starten. Jeg kom ind og gik hen til barnet, og så kort tid efter spørger jeg, hvor er mor henne? (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Billedet, der ikke blev taget, indrammer således umiddelbart en situation, hvor mor i bogstaveligste forstand falder uden for rammerne som følge af nogle forhold, som sundhedsplejersken umiddelbart ikke har mulighed for eller kompetence til at gøre noget ved. Der er tale om en situation, som er betinget af noget, der ligger uden for sundhedsplejerskens faglige område. Udlændingepolitik og jura har adskilt denne familie, og herved er der skabt en situation, som bryder med sundhedsplejerskens grundlæggende forståelse af familiens og relationers (især mor-barn-relationens) betydning for barnets sundhed og trivsel.

Oplevelsen får sundhedsplejersken til at genoverveje, hvad god sundhedspleje-faglighed er:

Der skal tages mange billeder, tror jeg, for at indramme et eller andet. Da jeg så det (det billede, som hun vælger at deltage med)[71]*, så tænkte jeg over, hvorfor synes jeg overhovedet, at det her har noget at gøre med sundhedsplejefaglighed? Det er, at vi stadigvæk er med til det her. Det sunde, og at vi bliver ved med at fange det. Men også, at det er inden for normalområdet, at vi ikke screener så meget, så vi kun forholder os til dem, der i følge et eller andet stykke papir har behov for sundhedspleje. Jeg blev lidt optaget af det, da jeg så på det bagefter.*

[71] Hendes billede er et af de billeder, som specifikt ”framer” mor-barn-relationen som betydningsfuld for god sundhedspleje-faglighed.

Hvad der kan blive i den familie, kan jeg jo ikke vide. Men jeg kan støtte, at de udvikler sig, fremmer deres sundhed (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Sundhedspleje er jo mange ting

Som nævnt i det indledende kapitel kan sundhedspleje beskrives som et omfattende fagområde i en slags ingenmandsland, som trækker på flere logikker primært hentet fra socialvidenskab, medicin/sygepleje samt pædagogik/uddannelse. Med henvisning til den massive vægtning af relationer - primært mor-barn-relationen, men også den professionelle relation - synes de sundhedsplejersker, som har deltaget i *Snaplog*-undersøgelserne med fokus på at fremstille god sundhedspleje-faglighed, især at orientere sig mod sidstnævnte vidensområde - og i forlængelse heraf mod psykologien.

Det medicinske og det sygeplejefaglige område er umiddelbart nedtonet i den forståelse af god sundhedspleje-faglighed, som de fremhæver gennem egne billeder og tekster, hvilket ikke er det samme, som at dette område ikke har en væsentlig betydning. Det er nok snarere et udtryk for, at dette område er så selvfølgeligt for fagets udøvere, at det ikke sættes til diskussion, og dermed er det heller ikke noget, de behøver at beskæftige sig med. I fokusgruppediskussionerne kommer det imidlertid frem, at sundhedsplejersker anser sig selv for at være gode til at kigge på børn, og at det er dette, som er grundlaget for sundhedsplejerskers arbejde.

Det er barnet der - i hvert fald i udgangspunktet - er centrum for sundhedsplejerskernes faglige opmærksomhed, når de beskriver deres forståelser af god sundhedspleje-faglighed. Det er barnet, det faglige blik rettes mod, men der sker også forskydninger i dette blik, som ikke blot rettes mod barnet, men ideelt set også mod familien og reelt set især mod moderen. Faderen og søskende optræder som betydningsfulde, men også usynlige andre i sundhedsplejerskernes grundlæggende fortælling om god sundhedspleje-faglighed.

Som sundhedsplejerske kan man ikke betragte barnet og dets sundhed og trivsel som et isoleret selvstændigt fænomen. Det må nødvendigvis ses i forhold til de sociale sammenhænge, det indgår i, først og fremmest familien, hvilket åbner for inddragelse af det socialvidenskabelige område og dermed for en udvidelse af et i forvejen komplekst felt. Det åbner imidlertid også for potentielle overlap set i forhold til andre tilgrænsende sundhedsfaglige områder, f.eks. det jordemoderfaglige område.

Døren, der kalder på en særlig sundhedspleje-faglighed, bidrager til at understrege den pointe, at (god) sundhedspleje-faglighed er udspændt mellem to meget forskellige positioner: sundhedspleje som tilbud, der omfatter rådgivning og vejledning i forhold til barnets trivsel og udvikling, og sundhedspleje som tilsyn, der omfatter observation og vurdering af barnets fysiske og psykiske sundhed.

De faglige bestemmelser, der definerer børn/familier som udsatte, sårbare, skrøbelige, ressourcesvage osv. med potentielt særlige behov, er på den ene side selve forudsætningen for, at den særlige indsats kan komme i stand. På den anden side har et ”Agential Cut” som dette den reelle konsekvens, at barnet/familien på samme tid udgrænses fra og sættes udenfor i forhold til det, der ellers kan anses for at være hensigtsmæssigt, normalt, godt osv.

Når sundhedsplejersken bevæger sig hen over dørtrinet og ind i en families hjem, gør hun det som både gæst og professionel fremmed, dog ikke på samme tid. En anden pointe i forhold til god sundhedspleje-faglighed er således, at bevægelser producerer grænseflader, overgange og mellemrum, hvorved der skabes forskellige subjektiveringsmuligheder og dermed også forskellige (u)muligheder i forhold til at tale og agere. Fortællingerne om ”kaffen” og ”den stående vejledning” kan her læses som eksempler på, hvordan der i disse mellemrum eller overgange kan mangle transparens og i forlængelse heraf herske usikkerhed i forhold til selve relationen, f.eks. om *hvem* der egentligt er ansvarlig for *hvad* i situationen, og *hvornår* dette ansvar for alvor træder i kraft eller slutter.

Analyserne af sundhedsplejerskernes forståelser af god sundhedspleje-faglighed knytter an til og fremhæver kategoriseringer af normalitet. Dette ses som et gennemgående tema i de performative analyser, især kategoriseringer af den gode mor. Sammenfattende fremstilles en god mor som en, der ideelt set:

- Ser sit barn i forståelsen, anerkender det og reagerer hensigtsmæssigt på barnets bestræbelser på at kommunikere
- Er der for barnet og lader barnets behov gå forud for egne
- Har en intuitiv forståelse for at gøre det rigtige - hun kan mærke og se det
- Skaber ro omkring barnet og er f.eks. parat til at sidde meget ned og dermed tilsidesætte alt andet end barnet
- Osv.

Standardiserede besøgsprofiler, som bl.a. har til formål at bidrage til at sikre nogle ensrettede tilbud, kan læses som noget, der i et vist omfang står i modsætning til sundhedsplejerskernes grundlæggende forståelse af god sundhedspleje-faglighed. God sundhedspleje-faglighed tager sit udgangspunkt i unikke familiers forskellige behov, dvs. at udgangspunktet er situerede forståelser. Heroverfor kan standarder, vægte, målebånd, vægtkurver og andre teknologier i sundhedsplejen læses som noget, der på den ene side kan bidrage til at skabe lighed og tryghed, men gennem kategoriseringerne af det normale bidrager sådanne redskaber på den anden side til en normativ bestemmelse af det afvigende og det patologiske, som herefter gøres til genstand for den særlige indsats. I den forstand bliver sundhedsplejerskers metoder og arbejdsredskaber noget, der rækker langt ud over det enkelte barn sundhedstilstand og den enkelte families ressourcer eller mangel på samme.

Endeligt fremhæver de to *Snaplog*-undersøgelser den interessante pointe, at selv om barnet tilsyneladende trives og vokser, som det skal, så kan der alligevel vise sig at være en bagside af medaljen. Selv om der ikke umiddelbart er noget at ”se”, kan der alligevel være ”noget”, som kan vise sig at være betydningsfuldt set i forhold til barnets udvikling og sundhed. God sundhedspleje-faglighed handler derfor i sundhedsplejerskernes egen forståelse bl.a. om at have et åbent sind, være beredt på det ukendte og opmærksom på det, som ikke umiddelbart kan ses. I den sammenhæng fremhæver sundhedsplejerskerne det følelsesmæssige og det sansemæssige som noget, der tillægges stor betydning. Sidstnævnte vil jeg vende tilbage til i det næste kapitel, hvor fokus rettes mod afhandlingens andet centrale forskningsspørgsmål.

Kapitel 7

Man kan jo ikke undvære hjemmebesøgene, det kan man virkeligt ikke – sundhedsplejerskers faglige selvforståelser i arbejdet med hjemmebesøg

I dette og i det følgende kapitel præsenteres de performative analyser med henblik på mulige besvarelser af det andet centrale forskningsspørgsmål i denne afhandling: *Hvordan kommer sundhedsplejerskers faglige selvforståelse til syne i mødet med den potentielt nye strategi, konsultation, i det sundhedsplejefaglige arbejde med børn under ét år?*

Hermed vendes blikket mod arbejdet med opgaven og mod, hvordan sundhedsplejerskers faglige selvforståelser kommer til udtryk i og udspiller sig gennem arbejdet med denne opgave, når dette arbejde foregår som henholdsvis hjemmebesøg og konsultation.

Mens kapitel 8 tager sit udgangspunkt i sundhedsplejerskers forståelser af konsultation, retter dette kapitel opmærksomheden mod hjemmebesøget som metode i sundhedsplejerskers arbejde med børn under ét år og deres familier og de faglige selvforståelser, som knytter sig hertil.

Som nævnt indledningsvist opfattes sundhedsplejerskers opgave og arbejde som tæt forbundne, men også som adskilte begreber. Opgaven skal i denne afhandling således forstås som det specifikke, afgrænsede og fast definerede arbejde, som udføres med det formål at bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse, specifikt med fokus på at fremme sundhed og forebygge sygdom i forhold til børn under ét år. Opgaven er beskrevet i sundhedslovens kapitel 36, som sammen med den tilhørende bekendtgørelse og vejledning dels fastlægger, uddyber og præciserer, hvad opgaven går ud på, og dels legitimerer bestemte faggruppers, herunder sundhedsplejerskers, adgang til at varetage det daglige arbejde med netop denne opgave.

Arbejde kan beskrives som et bredere begreb, der knytter sig til selve udførelsen og udøvelsen af opgaven, og som også rækker ud over denne. Arbejdet er det, der gøres i relation til at løfte og/eller løse opgaven. I en sådan forståelse kan såvel hjemmebesøget med dets status som unik metode som den (u)mulige konsultation læses som noget, der konstitueres gennem bestemte kulturelt, historisk og materielt medierede praksisser. I forlængelse heraf knytter sundhedsplejerskernes diskussioner om hjemmebesøg og

konsultation som strategier og/eller metoder, der beskrives i afhandlingens grundlæggende case, ikke udelukkende an til forståelser af sundhedspleje som fag og som opgave, men også til forståelser af sundhedspleje som arbejde.

Som en af de få i det sundhedspleje-faglige felt har Else Guldager[72] med afsæt i sit ph.d.-projekt søgt at begrebsliggøre sundhedsplejerskers arbejde:

> *Sundhedsplejerskens arbejde i småbørnsfamilierne er en proces, som involverer hele familien og det nære miljø. Sundhedsplejersken arbejder med fortiden i familien, nutiden og fremtiden* (Guldager, 1992, s. 72).

Definitionen peger på betydningen af, at sundhedsplejersker anlægger et helhedsperspektiv i deres arbejde, en pointe som også sundhedsplejerskerne i *Snaplog*-undersøgelserne fremhævede som noget betydningsfuldt i god sundhedspleje-faglighed. Desuden fremhæves det, at sundhedsplejerskens arbejde ikke blot retter sig mod det aktuelle, som umiddelbart kan ses, men også mod det potentielle, som kan vise sig i barnets og familiens fremtid.

Guldager peger desuden på, at det arbejde, som sundhedsplejersker udfører, kan kategoriseres som henholdsvis det specifikke og det uspecifikke sundhedsplejerskearbejde (se nedenstående skema). Sundhedsplejerskers (besøgs)arbejde kan beskrives som noget, der har effekt:

> *Når forældres positive handling/adfærd over for deres børn understøttes, og uhensigtsmæssig forældreadfærd forandres til hensigtsmæssige handlinger (Guldager, 1992, s. 72).*

Sundhedsplejerskers arbejde ”frames” dermed som noget, der bl.a. er bestemt af de til enhver tid gældende retningslinjer/anbefalinger/vejledninger, som dermed tildeles status som en aktør i forhold til at afgrænse og fastlægge ”det gode” og ”det normale” ved at fungere som udgangspunkt og pejlemærke for sundhedsplejerskers vurdering af, hvorvidt forældres adfærd over for deres børn er positiv eller uhensigtsmæssig.

---

[72] Else Guldager er sundhedsplejerske og ph.d. Hendes licentiatafhandling fra det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, har titlen: *”Sundhedsplejen på vægten - Sundhedsplejerskernes besøgs-arbejde i småbørnsfamilierne – en evaluering af effekten”* (Guldager, 1992).

Det specifikke sundhedsplejerske arbejde	Det uspecifikke sundhedsplejerske arbejde
Den konkrete vejledning til forældrene om f.eks. amning, barnets motoriske udvikling, kostvejledning, barnets pleje og pasning m.v., der gives til forældrene, samt sundhedsplejerskens opsporing af formodet fejludvikling, som hun henviser til andre fagpersoner (Guldager, 1992, s. 48-49).	*Det arbejde, der ikke er klart formuleret hverken i retningslinier eller i de konkrete vejledninger, f.eks. forståelse for og opbakning til forældre med et kolikbarn, hjælp til forandring af boligsituation, motivation til uddannelse osv.* (Guldager, 1992, s. 49).

Tabel 2 Sundhedsplejerskers arbejde (Guldager, 1992).

På samme tid foregår arbejdet i sammenhænge, hvor ”det gode”, ”det normale” og ”det (u)hensigtsmæssige” ikke nødvendigvist er klart formuleret. I forlængelse heraf kan de ”Agential Cuts”, som sundhedsplejersker foretager i deres respektive afgrænsninger af, hvad der er positiv og/eller uhensigtsmæssig forældreadfærd, vise sig at være noget, der også i et eller andet omfang bliver bestemt af en individuel sundhedsplejerske i en lokal sammenhæng.

I en sådan forståelse kan vurderingerne af ”det normale” og ”det gode” således opfattes som noget, der kan antage flere forskellige former, hvor mange forskellige forhold - f.eks. den enkelte sundhedsplejerskes faglige viden og erfaring, den konkrete kommunes politiske dagorden og økonomi, befolkningssammensætningen og meget andet - kan spille ind og spille med og skabe grundlag for potentielle modsætninger mellem det, der kan komme til syne gennem det specifikke arbejde, og det der kan komme til syne i det uspecifikke arbejde.

Ligesom hovedparten af de øvrige undertitler stammer undertitlen til dette kapitel fra det empiriske materiale. Den viser tilbage til afhandlingens grundlæggende case ved at understrege sundhedsplejerskers forståelser af hjemmebesøget som noget unikt og noget

særligt og fremhæver den meget høje status, metoden har i danske sundhedsplejerskers forståelser med hensyn til arbejdet med børn under ét år og deres forældre.

Som en optakt til de performative analyser indledes dette kapitel derfor dels med en introduktion til, hvordan begrebet hjemmebesøg kan optræde i det internationale og danske sundhedsfaglige felt, herunder feltets forståelser af formål og effekter, som knytter sig til metoden, og dels en præsentation af, hvordan udviklingen i antallet af anbefalede hjemmebesøg til børn under ét år har formet sig over tid.

Hjemmebesøg, formål og effekter

Selve begrebet hjemmebesøg kan defineres som

> *Et paraplybegreb, der dækker over forskellige tilbud til borgerne om at modtage professionel rådgivning om sundhed i hjemmet* (Henriksen & Hendriksen, 2005, s. 4).

Denne definition lægger sig tæt op af Cowleys redegørelse for det engelske begreb ”Health Visiting”, *An umbrella term that emcompasses a whole range of professional activities* (Cowley, 2002, s. 305). Som beskrevet i kapitel 4 er ”Health Visiting” imidlertid et begreb, som har en længere rækkevidde end begrebet ”Home Visiting”, idet ”Health Visiting” ikke blot omfatter besøg i hjemmet, men også en række andre sundhedsprofessionelle aktiviteter, f.eks. klinik. Elkan et al. (2000) anvender derfor begrebet ”Domiciliary Health Visiting” for at understrege, at der er tale om den sundhedsfaglige aktivitet, som specifikt foregår i familiens eget hjem.

I den engelske ”Public Health”/”Health Visitor” litteratur fremhæves det, at hjemmebesøg ikke kan opfattes som en enkeltstående og ensartet service. Derimod er besøg i hjemmet snarere en strategi i forhold til at yde en service og ikke en selvstændig service i sig selv (Elkan et al., 2000; Sweet & Appelbaum, 2004).

Helt grundlæggende kan hjemmebesøg indgå i et såkaldt universelt tilbud om sundhedspleje, dvs. at alle familier får samme tilbud om hjemmebesøg af en

sundhedsplejerske. Her er der tale om en såkaldt befolkningsrettet forebyggelses- og sundhedsfremmestrategi (Henriksen & Hendriksen, 2005; Hjälmhult, 2009). Det universelle tilbud står i modsætning til de tilbud om sundhedspleje, der knytter sig til hjemmebesøgsprogrammer målrettet udvalgte (sundhedsmæssige) problemstillinger. Her er der tale om en sundhedsplejeordning, der tager sit afsæt i en (høj) risikostrategi (Hjälmhult, 2009).

Formålet med hjemmebesøg kan således være målrettet, dvs. at besøget er direkte relateret til et bestemt sundhedsproblem eller udvalgte sundhedsmål, eller formålet kan være mere generelt. Ved generelle besøg hos den enkelte er formålet således ikke forudbestemt, men afklares i situationen med afsæt i borgerens eller familiens aktuelle behov (Henriksen & Hendriksen, 2005). Forholdet mellem målrettede og generelle indsatser bliver særligt relevant i den fortløbende diskussion om fordele og ulemper i relation til ressourcer og kvalitet.

I feltets forståelse knytter der sig nogle særlige fordele til, at det sundhedsprofessionelle møde med borgeren finder sted i hans/hendes eget hjem. Disse fordele retter sig såvel mod borgeren som mod den sundhedsprofessionelle. Hjemmet anses for at være et trygt sted, og det at være i vante rammer opfattes som en fordel for borgeren. Rent praktisk er det en fordel for borgeren, at han/hun ikke skal tænke på transport. For den sundhedsprofessionelle opfattes besøget i hjemmet som noget, der i højere grad gør det muligt for den sundhedsprofessionelle at kunne observere og vurdere borgerens/familiens sundhed, trivsel, samlede funktionsevne og eventuelle, praktiske problemer i hverdagen[73] (Henriksen & Hendriksen, 2005).

Sundhedsplejerskers besøg hos småbørnsfamilier er effektive i forhold til effektmål som f.eks.:
- Reduktion af ulykker i hjemmet
- Forbedring af barnets intellektuelle udvikling
- Øget frekvens af mødre, der ønsker at amme

(Henriksen & Hendriksen, 2005)

[73] Henriksen og Hendriksen henviser her til Sweet and Appelbaum (2004).

Sundhedsplejersker kobler især hjemmebesøget til muligheder for at skabe en tillidsfuld relation, at få et helhedsbillede af familien og dens livssituation samt at skabe et støttende miljø[74]. På den måde forstås hjemmebesøg som noget, der muliggør det trygge miljø, hvilket igen kan fremhæves som en forudsætning for at kunne tage nogle emotionelle samtaleemner op (Hjälmhult, 2009).

Hjemmebesøget kan desuden beskrives som noget, der er nyttigt for forældrene (især for førstegangs forældre), og generelt er forældrene i feltets forståelse mere tilfredse, når det første møde foregår som et hjemmebesøg, end hvis det foregår på en helsestation[75]. Denne pointe er dog ikke helt entydig, idet der også kan opspores forskningsprojekter, som finder, at mødre med såkaldt lav socioøkonomisk status er mindre tilfredse med dette første møde med sundhedsplejersken end mødre med højere social status, samt at mødre med lav socioøkonomisk status og udenlandsk fødte mødre er mere skeptiske i forhold til den videre kontakt med sundhedstjenesten[76].

Mødre, som møder sundhedsplejersken for første gang på en vårdcentral[77], vurderer sundhedsplejerskens faglige kompetence højere end de mødre, der møder sundhedsplejersken første gang ved hjemmebesøg[78]. Et amerikansk studie når frem til den stik modsatte pointe (Hjälmhult, 2009)[79].

I feltets forståelse fremhæver forældre sundhedsplejerskens besøg som noget, der giver dem en øget sikkerhed, så de ikke behøver være usikre på, hvorvidt barnet udvikler sig normalt, og så de ikke behøver at være i tvivl om, hvorvidt de er gode nok som forældre.

> ***Home visits alone cannot be seen as a quality indicator of the first encounter with the nurse in child healthcare. However, home visits can be the basis for good intervention on the part of the nurse.***
> **(A. Jansson, Sivberg, Wilde Larsson, & Udèn, 2002, s. 576)**

[74] Se f.eks. A Jansson, Petterson, and Udén (2001).
[75] Helsestationen er et norsk begreb, der kan sidestilles med den forståelse af konsultation, som optræder i denne afhandling.
[76] Her henviser Hjämlhult til A. Jansson et al. (2002). Artiklen indgår i Annkristin Janssons akademiske afhandling, Sjuksköterskan i primärvård med särskilt fokus på barnhälsovård, Lunds Universitet (2000).
[77] Vårdcentral er et svensk begreb, der kan sidestilles med den forståelse af konsultation, som optræder i denne afhandling.
[78] Her henviser Hjämlhult til A. Jansson, Isacsson, Kornfält, and Lindblom (1998).
[79] Her henviser Hjälmhult til Christ, Sawyer, Muench, and Huillet (2007).

I den forstand kan sundhedsplejerskens besøg således forstås som noget, der gør en forskel, og sundhedsplejerskens arbejde som noget, der er til gavn for familier (Guldager, 1992, s. 109).

De forskellige forskningsfund ”framer” potentielle forskelle i forældrenes bestemmelser af såvel sundhedsplejerskens faglige kompetencer som af den betydning, lokaliteten har/kan have for mødet mellem mor/familie og sundhedsplejerske. Feltet erkender dog også, at der mangler forskning om hjemmebesøget og dets effekter (Guldager, 1992; Henriksen & Hendriksen, 2005; Hjälmhult, 2009). Den eksisterende forskning er præget af, der findes langt mere kundskab om problemstillinger, der knytter sig til hjemmebesøgsprogrammer med fokus på udsatte og/eller sårbare grupper, end der gør om hjemmebesøgstilbud til familier med mere generelle problemstillinger (Hjälmhult, 2009).

I de empiriske studier, der er rettet mod forebyggelse og sundhedsfremme, findes kun ganske få teoretiske overvejelser i forhold til, hvorfor man vælger én metode frem for en anden. Det er vanskeligt at afdække, hvad der egentligt sker, når sundhedsplejersker er på besøg i hjemmet. Her kan f.eks. peges på, at der er flere uhåndgribelige faktorer som f.eks. sundhedsplejerskernes personlighed og indstillinger, som må anses for at have betydning, dvs. faktorer, der kan have indflydelse på effekten af den konkrete indsats, men som oftest ikke bliver medinddraget i studier (Sweet & Appelbaum, 2004).

> ***Home visiting by itself can be insufficient to bring about radical improvements in health and social outcomes*** **(Elkan et al., 2000, s. iv).**

Udviklingen i antallet af anbefalede hjemmebesøg 1937-2011

Hjemmebesøget som den primære metode i de danske sundhedsplejerskers arbejde med spædbørn trækker tråde tilbage til såvel forsøgsordningen i 1929-1934 som til den første lov i 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed i det første leveår (Buus, 2001; Hede, 2012; S. Hede, L. Nissen, & A. M. Lundhus, 2008; Indenrigsministeriet, 1937; Lichtenberg, 2002).

I den såkaldte mønsterinstruks, som blev udarbejdet i tilslutning til den første lov, blev det understreget, at sundhedsplejerskens arbejde med det enkelte barn udelukkende måtte

foregå i barnets hjem. Sundhedsplejersken skulle aflægge regelmæssige besøg i hjemmet, og antallet af besøg blev primært knyttet til overvejelser omkring hjemmets erfaring og behov samt til en antagelse af, at flergangsfødende ikke har helt det samme behov for sundhedspleje som førstegangsfødende. Det blev desuden fremhævet, at der ikke kunne opstilles absolutte, almengyldige regler for antallet af besøg, men muligheden for, at sundhedsplejersken kunne aflægge helt op til 18-20 besøg i barnets første leveår, blev introduceret i mønsterinstruksen (Sundhedsstyrelsen, 1937).

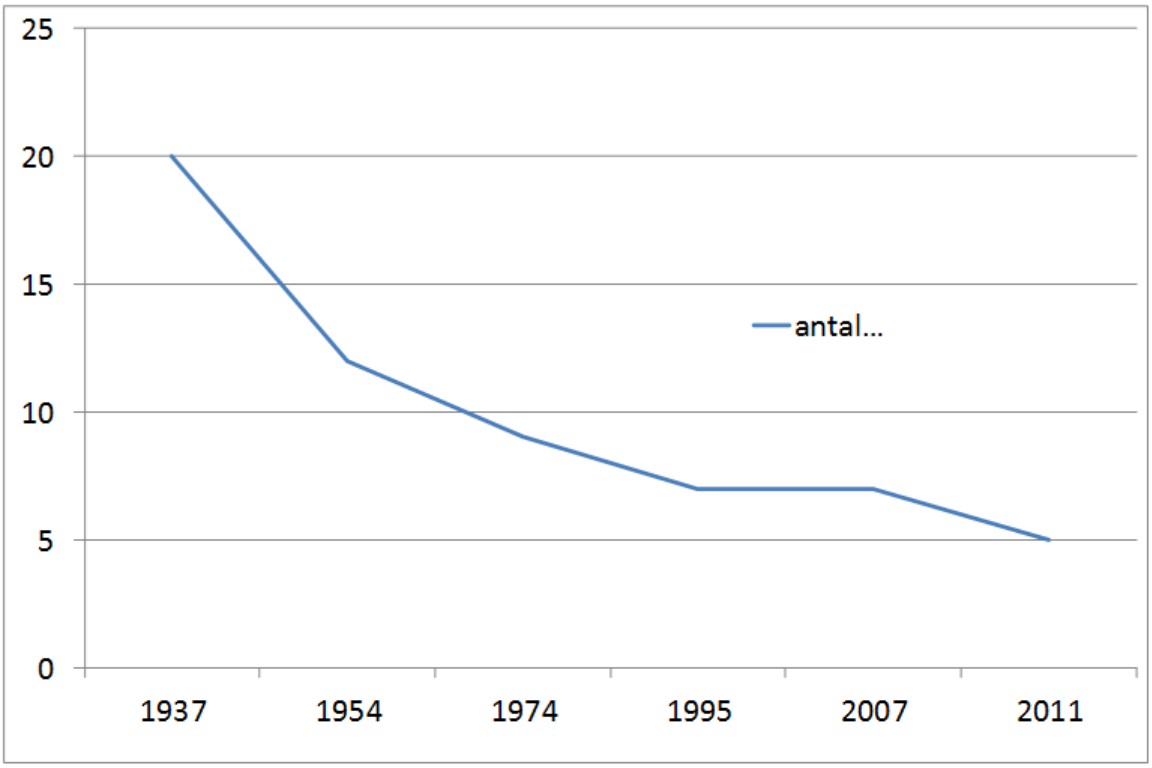
Frem til loven om forebyggende sundhedsordninger til børn og unge i 1995 blev hjemmebesøget som den foretrukne metode udelukkende beskrevet i de dokumenter, som uddyber og præciserer de aktuelle love. Med loven i 1995 blev det for første (og indtil videre *eneste*) gang skrevet ind i selve lovteksten, at sundhedsplejerskens virksomhed i forhold til børn under ét år normalt skal udøves ved besøg i hjemmet i barnets første leveår (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 1995, § 2, stk. 2).

I sundhedsplejerskernes jubilæumsbog fremhæver Fischer et al. (2008) i artiklen *Hvad sker der med hjemmebesøget?* at årsagen til, at hjemmebesøget på denne måde blev fremhævet i lovteksten, var Sundhedsstyrelsens stigende bekymring over det faldende antal hjemmebesøg. Det fremgik af kommunernes daværende indberetninger, at hjemmebesøg mange steder blev erstattet af "Åbent hus" (og formentligt også af mødregrupper) som følge af mangel på uddannede sundhedsplejersker på daværende tidspunkt. Ved at skrive hjemmebesøget ind i loven ønskede Sundhedsstyrelsen dels at fremhæve hjemmebesøgets betydning og dels at tydeliggøre et behov for uddannelse af flere sundhedsplejersker[80]. Som det fremgår af nedstående figur, er antallet af anbefalede besøg efterfølgende fortsat faldet.

Med udsigten til strukturreformen blev lovgrundlaget under kommunernes eksistens og virksomhed, herunder også de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, revideret og tilpasset. I den sundhedslov, som trådte i kraft pr. 1. januar 2007, er hjemmebesøget igen fjernet fra lovteksten, og i stedet er kravet om, at sundhedsplejerskens funktionsundersøgelser i relation til børn under ét år normalt skal foregå ved besøg i hjemmet, beskrevet i den gældende bekendtgørelse (som anført i kapitel 4 er der sket en bevægelse fra *virksomhed* til *funktionsundersøgelser*).

[80] Mens der var mangel på sundhedsplejersker i 1980-erne, er dette ikke længere tilfældet. Som uddannelsesansvarlig var min erfaring, at ikke alle nyuddannede sundhedsplejersker fik arbejde umiddelbart efter endt uddannelse.

Den aktuelle vejledning understreger, at antallet af besøg og deres indhold skal være i overensstemmelse med sundhedslovens målsætninger og barnets helhedssituation, og at kommunerne skal tilrettelægge det faglige indhold af hjemmebesøgene ved en sundhedsplejerske ud fra et kvalitetssikrings- og kvalitetsudviklingsperspektiv[81]. I denne tilrettelæggelse indgår ifølge den aktuelle vejledning en række definerede forebyggelsestemaer[82] og kliniske problemstillinger[83], og det understreges, at bestemte parametre fra det såkaldte børnemonitoreringsprogram, dvs. - som beskrevet i kapitel 6 - højde, vægt, om barnet ammes - og i givet fald hvor længe - samt barnets udsættelse for rygning ved fødslen, skal medinddrages i tilrettelæggelsen af de forebyggende sundhedsydelser.



Figur 22 Udviklingen i antallet af anbefalede hjemmebesøg 1937-2011 (Sundhedsstyrelsen, 1937, 1954 1985, 2007, 2011b)

[81] Kvalitetsudvikling er et overordnet begreb for de aktiviteter og metoder, der har til formål at fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser (Sundhedsstyrelsen, 2011b, s. 147).
[82] De generelle forebyggelsestemaer er beskrevet i vejledningen kap. 7: Alkohol, allergiske sygdomme, fysisk aktivitet, ernæring og kosttilskud, overvægt, rygning, sol, søvn, ulykker og vuggedød.
[83] Disse særlige kliniske problemstillinger beskrives i kap. 9 i vejledningen.

Sundhedspleje – et fag i forandring

I en analyse, som trækker på indsigter fra Agential Realism, er det interessante ikke blot at undersøge, hvad der især bliver fremhævet, og hvilke reelle konsekvenser disse fremhævelser producerer. Fokus er også rettet mod, hvad der ligger til grund for selve denne/disse vedtagelse(r) af betydning. Derfor vil jeg afslutte denne optakt til de performative analyser med at udfolde feltets forståelser af hjemmebesøget som en unik metode i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn under ét år, således som de kommer til udtryk i en aktuel tekst inden for det sundhedsplejefaglige felt.

Bogen *Sundhedspleje – et fag i forandring*, som udkom i 2012, har til formål at bidrage med et opdateret, teoretisk grundlag for refleksioner over fagets metoder, praktikker, perspektiver og kvalitet. Den er redigeret af to sundhedsplejersker, som beskriver sundhedspleje som en semiprofession. Det betyder, at det har været naturligt for dem at invitere en række fagpersoner, som enten selv er uddannede sundhedsplejersker (disse udgør den opvejende del), eller som er beskæftiget i et fag og en praksis, der tæt berører eller krydser sundhedsplejerskens virke, til at belyse nogle af de aktuelle felter (Rasmussen & Samberg, 2012).

> ***Er sundhedspleje i virkeligheden blevet lidt gammeldags – eller har den opsøgende, forebyggende, sundhedsfremmende og sundhedspædagogiske indsats med hjemmebesøget som én af fagets kerneydelser stadig sin berettigelse i dagens Danmark?***
> **(Rasmussen & Samberg, 2012, s. 5)**

Målet med bogen er at styrke fagets synlighed og fortsatte udvikling og desuden et ønske om at beskrive temaer, som kan animere til debat på såvel uddannelsesstederne som ude i sundhedsplejens praksisfelt. Der loves ingen svar, men redaktørerne ønsker, så vidt det er muligt, at inddrage flere perspektiver på de enkelte kapitlers temaer i håbet om refleksion og debat. Således er bogen *Sundhedspleje – et fag i forandring* et interessant og relevant udgangspunkt for en undersøgelse af danske sundhedsplejerskers faglige selvforståelser.

Den indledende ambition med bogen har været at give en fuld beskrivelse af sundhedspleje som fag, hvilket er et ambitiøst, men også – erkender redaktørerne - et umuligt projekt. Bogen skal derfor læses som resultatet af en lang proces, som undervejs har medført tilvalg, men også en række fravalg af emner, der ikke er fundet plads til i

bogen. Dette beskriver redaktørerne som et vilkår, enhver redaktionsgruppe må leve med. Mens de enkelte kapitler kan bidrage til at give et vist indblik i, hvad sundhedsplejersker er optaget af og hvorfor, så fortæller de foretagne valg mindst lige så meget om fagets selvforståelser. Med de valgte temaer fremstilles sundhedspleje og sundhedsplejersker på særlige måder, hvor udvalgte forhold tilskrives bestemte betydninger.

Fravalget af temaer fortæller sin egen historie. Fra et ”deframing” perspektiv er det interessante her, at der ikke er fundet plads til (nye) initiativer eller metoder som f.eks. sundhedshuse, konsultationer eller åbent-hus-arrangementer. Disse metoder eller initiativer optræder således ikke som selvstændige temaer i bogen, men fremstilles udelukkende som nogle ikke-ønskværdige figurer, der herefter kan gøres til genstand for kritik. På denne måde opretholdes og konsolideres forståelsen af hjemmebesøget som (eneste) kerneydelse gennem strategier, der afholder andre potentielle metoder fra at komme til orde og forklare sig, hvilket bidrager til at afvise og dermed undertrykke potentielle diskussioner om nye faglige initiativer, ydelser og/eller metoder.

Hjemmebesøgets høje status og særlige betydning kan læses af, at metoden har fået sit eget selvstændige kapitel i bogen *Hjemmebesøget – en metode i sundhedsplejen.* Dette kapitel er skrevet med det erklærede formål at bidrage med *fagligt belæg og teoretiske begrundelser for den fortsatte relevans og anvendelse af hjemmebesøg* (Hede, 2012, s. 45). Metoden i sig selv bliver således ikke sat til diskussion. Ved en sammenligning med konsultation og andre metoder, som falder ud til fordel for hjemmebesøget, og ved at undlade at tildele konsultation og de andre metoder den samme mulighed som hjemmebesøget for at komme til syne og komme til orde, cementeres feltets forståelser af hjemmebesøget som unikt og konsultation som umulig set i relation til at kunne leve op til formulerede sundhedsmål og dermed i forhold til at kunne løse de sundhedsfremmende og forebyggende opgaver i relation til børn under ét år og deres familier på forsvarlig vis.

De faglige begrundelser for metoden indeholder tradition og historie, kulturel overlevering og konstituering af forældrerollen, målrettet og individuel indsats over for barnet, tidlig opsporing og behandling samt høj brugertilfredshed **(Hede, 2012, s. 45).**

Med henvisning til *forskning*[84] fremhæver forfatteren en række emner som noget, der mere hensigtsmæssigt kan foregå ved hjemmesøg end i en konsultation. Det gælder f.eks. vejledning om forældredannelse, understøttelse af amning, opsporing af børn med særlige behov, opsporing og behandling af mødre med fødselsdepression samt tilsyn med barnets miljø i hjemmet (Hede, 2012, s. 45). Det faglige belæg i argumentationen for metoden findes hovedsagligt i forskningsresultater fra Norden og Storbritannien, som understøtter hjemmebesøget som den unikke metode, mens de teoretiske begrundelser hentes i henholdsvis antropologi, sociologi og sundhedspædagogik.

Hjemmebesøget og sundhedsplejerskernes mulighed for at se barnet i dets hjemmemiljø fremhæves som en betingelse i forhold til *den tidlige indsats over for sårbare børn, der lever og vokser op under trange og socialt vanskelige forhold* (Hede, 2012, s. 50). Hermed "framer" denne forfatter – ligesom hendes sundhedsplejerske kolleger i kapitel 6 gjorde det - det "at se" som noget væsentligt og betydningsfuldt i relation til sundhedsplejerskens arbejde. Dette er en gennemgående pointe i det empiriske materiale, som jeg vil vende tilbage til såvel senere i dette som i det efterfølgende kapitel.

Opsamling

Det historiske tilbageblik i kapitel 4 retter bl.a. opmærksomheden mod, hvordan sundhedsplejerskers faglige opgave er blevet udvidet og er blevet stadig mere kompleks. Som det fremgår af dette indledende afsnit, har der samtidig været en bevægelse i antallet af anbefalede hjemmebesøg, som er blevet reduceret fra 18-20 til de aktuelle 5-6. Dette retter opmærksomheden mod Sundhedsstyrelsens forskellige strategier med henblik på at opretholde hjemmebesøget som den væsentligste metode. Med en mangel på uddannede sundhedsplejersker og bekymringen over de deraf følgende alternative metoder, som blev taget i brug, blev hjemmebesøget i 1995 indskrevet i loven, hvilket fremhævede kommunernes forpligtelser til at ansætte det nødvendige antal sundhedsplejersker og understregede hjemmebesøget som den primære metode. I 2011 er hjemmebesøget atter taget ud af loven og i stedet indskrevet i bekendtgørelsen, som sammen med en meget detaljeret vejledning for de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge kan læses som bestræbelser på at opretholde hjemmebesøgets status.

Som det fremgår, tales der om hjemmebesøg på flere forskellige måder inden for feltet. Hjemmebesøget forstås både som en strategi og som en metode i det forebyggende og

[84] Forfatteren henviser her bl.a. til Glavin, Smith, Smørum, and Ellefsen (2010) og til Kronborg (2006).

sundhedsfremmende arbejde med børn under ét år og har en lang historie, som kan spores tilbage til etableringen af sundhedspleje-faget. Hertil kommer, at der tales om hjemmebesøg som ydelse og service samt som opgave. Argumentationen for hjemmebesøgets effekt er forankret i ”Public Health” og/eller ”Health Visiting” forskning, som ikke nødvendigvis er meningsfuld set i forhold til de forståelser, den nordiske velfærdsmodel trækker på, samt i teori med rødder i antropologi, sociologi og sundhedspædagogik, mens der ikke umiddelbart bliver refereret til den medicinske/sygeplejemæssige andel af det omfattende fagområde, sundhedspleje blev beskrevet som i det indledende kapitel. På samme tid erkender feltet, at der mangler forskning.

Sundhedsplejerskers arbejde relaterer sig til at kunne observere og vurdere for derigennem at bestemme positiv og/eller uhensigtsmæssig forældreadfærd med henblik på barnets sundhed og trivsel og er i udgangspunktet bestemt af sundhedsloven og Sundhedsstyrelsens vejledning i forhold til, hvordan kommunerne – på baggrund af Sundhedsstyrelsens forståelse af den eksisterende forskning og evidens - bedst muligt kan leve op til lovens bestemmelser. Det særligt interessante er her, er, at det, der indrammes som positivt, hensigtsmæssigt, godt, normalt eller det modsatte, ikke er statisk og fastlagt én gang for alle, men til stadighed vil kunne sættes til diskussion, især i forlængelse af det såkaldte uspecifikke arbejde, der bestemmes i situationen, hvilket betyder, at de normative fastsættelser af, hvad der er godt for børn, i princippet er foranderlige.

Sundhedsordninger kan have et generelt sigte, hvor formålet med en given sundhedsprofessionel aktivitet forhandles og bestemmes gennem selve mødet mellem barn/forældre og sundhedsplejersker. Sundhedsordninger kan også have et mere risikoorienteret sigte, hvor formålet retter sig mod noget bestemt og afgrænset med henblik på at forebygge uønskede tilstande eller fremme bestemt adfærd. Mens effekten af den sidstnævnte tilgang antages at kunne måles i et eller andet omfang, f.eks. hvor mange børn, der ammes fuldt ud i seks måneder, eller hvor mange nyfødte børn, der bliver udsat for passiv rygning, så er det langt vanskeligere at indfange og beskrive det faglige arbejde, som bliver til i en lokal sammenhæng gennem samarbejde, forhandlinger osv. mellem den enkelte familie og den sundhedsprofessionelle.

Med strukturreformen og dens særlige fokus på opgaveløsning, kvalitet og en ”mest muligt for pengene” retorik, bliver denne sondring mellem det generelle og det risikoorienterede særligt interessant, ikke mindst fordi den aktuelle sundhedslov

forpligter kommunerne til at medinddrage begge perspektiver i deres udgave af de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, og fordi vejledningen forpligter kommunerne til at tilrettelægge sundhedsydelserne med udgangspunkt i et kvalitetssikrings- og kvalitetsudviklingsperspektiv. Som nævnt indledningsvist er det ikke blot kvalitet, der kan forstås som noget potentielt forskelligt afhængigt af øjnene, der ser. Også begreber som *brugerinvolvering* og *effektiv ressourceanvendelse* kan blive til noget forskelligt, alt efter om perspektivet er politisk-økonomisk, organisatorisk-administrativt, sundhedspleje-fagligt, eller om det er forældreperspektiv osv. Tilsammen bidrager alt dette til at øge kompleksiteten i det sundhedspleje-faglige felt og -arbejde.

Faglige selvforståelser, som kommer til syne gennem arbejdet med hjemmebesøg som metode

I den resterende del af dette kapitel rettes fokus mod en analyse af, hvordan sundhedsplejerskers faglige selvforståelser kommer til syne og til udtryk gennem arbejdet med hjemmebesøg som en metode i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn under ét år og deres familier - med udgangspunkt i det performative, organisatoriske feltstudie.

Som det fremgår af de foregående afsnit, taler det sundhedsplejefaglige felt om hjemmebesøg i forskellige forståelser. Der tales om hjemmebesøg som en central opgave, hjemmebesøg som en metode, der har en lang tradition, hjemmebesøg som strategi, hjemmebesøg som en særlig ydelse og som noget, der har en særlig kvalitet. Det er således bl.a. opdagelsen af feltets mange (forskellige) forståelser af fænomenet *hjemmebesøg*, der ligger bag den opfattelse af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser som sammenfiltringer af fag, opgave og arbejde, der trækkes med gennem hele afhandlingen.

Denne sidste del af kapitlet søger at udrede sundhedsplejerskers faglige selvforståelser gennem de følgende tre analytiske kategoriseringer, som er fremkommet undervejs i projektet gennem indsigter fra de valgte teorier og på baggrund af arbejdet med den performative forståelse af metode:

- Hjemmebesøg som produkt – hvor fokus er rettet mod forståelser af hjemmebesøg som ydelse, service eller tilbud
- Hjemmebesøg som lokalitet – hvor fokus er rettet mod forståelser af det fysiske sted og/eller rammen omkring aktiviteten

- Hjemmebesøg som arbejde – hvor fokus er rettet mod forståelser af det, som sundhedsplejersker gør - mod (de faglige) handlinger

Disse analytiske kategoriseringer bidrager ikke blot til at strukturere analyserne i dette kapitel med fokus rettet mod hjemmebesøg, men også i det efterfølgende med fokus rettet mod konsultation.

Hjemmebesøg som produkt

Når fokus rettes mod sundhedsplejerskernes faglige forståelser af hjemmebesøg med udgangspunkt i en kategorisering af hjemmebesøg som en ydelse, en service eller et tilbud, er det især det praktiske, det nemme og det bekvemme set ud fra forældrenes perspektiv, som der refereres til, og som særligt fremhæves:

> *Hvis man sådan sætter sig ind i en familie, der skal ud af døren med et lille barn. Det ved man jo godt fra sig selv, at det tager lige noget tid, inden man selv bliver klar, og barnet bliver klart og i autostol, og så falder barnet måske i søvn* (Fokusgruppeinterview 2).

Det forhold, at det er sundhedsplejersken, der bevæger sig og går gennem døren, hen over dørtrinet, for at mødet med en familie overhovedet kan finde sted, bliver opfattet som en praktisk hjælp og støtte til forældrene, der kan bidrage til at gøre verden lidt nemmere for dem, ved at de f.eks. ikke skal *ud af døren i alt slags vejr* (*Snaplog* 1).

Et tilbud til alle

Umiddelbart læses hjemmebesøget i feltet som en befolkningsrettet forebyggelses- og sundhedsfremmestrategi med et generelt formål, der retter sig mod alle familier, og i forlængelse heraf som *et tilbud til alle uanset social status* (Fokusgruppeinterview 2). I forlængelse af dette kan sundhedsplejerskernes forståelse af hjemmebesøg som ydelse, service og/eller tilbud siges at ligge i forlængelse af den nordiske velfærdsmodels universalismeprincip. Universalismeprincippet fremstilles som noget vigtigt og betydningsfuldt i arbejdet, og som noget sundhedsplejerskerne ikke frivilligt vil *give køb på* (Fokusgruppeinterview 2). I sundhedsplejerskernes forståelse er forældrene i

udgangspunktet interesserede i og positivt indstillede over for dette tilbud. Dette begrundes ved, at der er tale om en service, som stort set alle forældre tager imod.

Universalismeprincippet skal bidrage til at sikre, at alle familier får det samme tilbud, men i sundhedsplejerskernes selvforståelser er dette ikke det samme, som at de skal gøre nøjagtigt det samme i alle hjem, da hver familie forstås som unik. Med citatet: *Hvis vi skal behandle familier ens, skal vi behandle dem forskelligt* (Observationsstudie, Kommune C), understreges det, at mens hjemmebesøg som service og/eller ydelse er et tilbud, som retter sig mod alle, så er hjemmebesøg ikke nødvendigvis noget, der udspiller sig på samme måde i alle familier. Tværtimod skal hjemmebesøget rette sig mod, at familien får *den faglige sparring, de har behov for, afhængigt af hvad det er for et barn, og hvad det er for en familie* (Fokusgruppeinterview 3).

Uvildige børnerådgivere

Sundhedsplejerskerne beskriver sig selv som *uvildige børnerådgivere* (Fokusgruppeinterview 3), og sundhedsplejerskers hjemmebesøg opfattes i udgangspunktet som et tilbud. Set i et sådant perspektiv kan sundhedsplejerskernes hjemmebesøg forstås som en ydelse/service eller et produkt, forældrene måske/måske ikke efterspørger. Som nævnt i kapitel 6 er sundhedsplejersker imidlertid formelt forpligtede gennem lovgivning til at føre tilsyn med børns sundhed og trivsel og har dermed også en kontrolrolle. Dette betyder, at forældres accept af sundhedsplejerskens tilbud også kan læses som en strategi i forhold til at fremstille sig selv som gode-nok og normale forældre.

I forlængelse heraf kan hjemmebesøg ved en sundhedsplejerske ses som noget, der er på linje med andre moder- og forældreskabspraksisser, hvor det at gå til praktiserende læge, fødselsforberedelse, jordemoder osv. anses for at være ”gode” eller ”normale” praksisser. Dermed kommer sundhedsplejerskens ydelse, tilbud eller service at fremstå som noget, der ikke umiddelbart sættes spørgsmålstegn ved, men som derimod tages for givet af alle parter. I en sådan forståelse kommer sundhedsplejerskens hjemmebesøg for forældrene til at handle om ikke blot at tage imod et tilbud, men også om at skulle leve op til nogle bestemte forståelser og standarder for normalitet ved at udvise positiv og/eller hensigtsmæssig forældreadfærd.

Centralt i forståelser af hjemmebesøg som ydelse står sundhedsplejerskernes forståelse af betydningen af at formidle viden. Sundhedsplejersker ser sig som værende i besiddelse af

en (særlig) faglig viden, som kan række ud over den viden, forældre står med om deres børn: *Jeg kan dele ud af min faglige viden, så den giver den anden en større indsigt og forståelse eller får den anden til at reflektere* (*Snaplog* 1). Herved ”frames” forældre som nogen, der har behov for hjælp og støtte som følge af, at de mangler viden og erfaring: *I dag er der jo rigtigt mange mødre og fædre, der aldrig har holdt et lille barn, et spædbarn* (*Snaplog* 1).

Den ydelse og/eller service, som sundhedsplejersker tilbyder, ”frames” som et svar, ikke blot på forældrenes selvoplevede behov (*Vi bringer vores faglighed ud til familierne for at støtte dem i deres mestring i at have fået et barn* (*Snaplog* 1)), men også på sundhedsplejerskernes faglige vurdering af behov, forældrene ikke nødvendigvis selv ved eller oplever, at de har eller vil få, idet sundhedsplejerskerne *kan hjælpe familier med nogle af de ting, deres børn ellers ville kunne komme ud i* (Fokusgruppeinterview 2).

Hjemmebesøg kan således fremstilles som en ydelse, der har fokus på hjælp og støtte til forældre, så de bliver i stand til at kunne fremme barnets sundhed på nogle bestemte måder, som bl.a. bestemmes af Sundhedsstyrelsens vejledning, samt sikre, at det trives og udvikler sig inden for nogle forudbestemte normer, som ikke alle nødvendigvis er præcist definerede. Viden bliver en genstand i sig selv, som sundhedsplejersken kan give til forældre, hvilket har den omkostning, at forældre ”frames” som nogle, der mangler noget, og som ikke nødvendigvis selv ved, hvad det er, de mangler og/eller har brug for. Sundhedsplejerskens service kan bidrage til at rette op på dette. De kan give forskellige input, de kan guide, eller de kan sparre med forældrene.

Opsamling – hjemmebesøg som produkt

Med fokus på hjemmebesøg som produkt understreges det, at det er sundhedsplejersken, som foretager en bevægelse hen imod forældrene ved at besøge dem i deres hjem og her yder en service i form af bl.a. praktisk hjælp og støtte. Når opmærksomheden rettes mod hjemmebesøg som produkt, er det således især det, som er praktisk, nemt og bekvemt fra et forældreperspektiv, som sundhedsplejerskerne fremhæver.

Produktet *hjemmebesøg* er et tilbud, som forældrene i feltets forståelse tager imod, hvilket kan læses som forældrenes erkendelse af, at de har et reelt behov for denne service. Det kan imidlertid også læses, som noget forældre gør i deres bestræbelser på at være gode-nok-forældre (en pointe som analysen i kapitel 6 også beskæftigede sig med)

og i den sammenhæng blive vurderet som nogle, der har en positiv og/eller hensigtsmæssig forældreadfærd over for deres barn.

At hjemmebesøg er og skal være et tilbud til alle, en forståelse der knytter an til den nordiske velfærdsmodels universalismeprincip, betyder i sundhedsplejerskernes forståelse ikke nødvendigvis, at selve produktet skal være nøjagtig det samme. Som det blev fremhævet i *Snaplog*-undersøgelserne, opfattes hver familie som unik, og forståelsen af god sundhedspleje knytter an til forståelsen af at tage udgangspunkt i hver families egne, unikke behov. Dette betyder, at formålet med besøget i hjemmet må bestemmes og forhandles lokalt, og at hjemmebesøget i den forstand kan læses som et generelt tilbud i en borgerrettet strategi.

Kategoriseringen af hjemmebesøget som produkt fremhæver sundhedsplejersker som de uvildige børnerådgivere, men sundhedsplejersker er også forpligtede til at føre tilsyn med barnets sundhed og trivsel samt til at reagere på det med en underretning til kommunen, hvis hun skønner det nødvendigt. Da barnets tarv (ideelt set) overtrumfer alt andet, bliver resultatet derfor, at trykket især må lægges på *børne*rådgivning frem for den mere *uvildige* rådgivning.

Med loven om forebyggende sundhedsydelser (der fremhæver kravet om hjemmebesøg), og den tilhørende vejledning (som uddyber og præciserer formålet med og indholdet i de enkelte besøg samt udpeger specifikke nedslags- og kontrolpunkter) kan fokus vise sig at blive forskudt fra en generel til en mere målrettet strategi i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Herved kommer det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde ikke blot til at handle om at fremme sundhed og trivsel, men også om at gøre det på bestemte måder.

I forlængelse af denne pointe bidrager Sundhedsstyrelsens vejledning til en bestemmelse og fastlæggelse af ideelle standarder i forhold til sundhedsplejerskernes observationer og vurderinger af barnets sundhed og trivsel samt den positive og/eller hensigtsmæssige forældreadfærd og kommer dermed til at fungere som et pejlemærke for det specifikke sundhedsplejerskearbejde. Det uspecifikke sundhedsplejerskearbejde bestemmes derimod af nogle lokalt, situerede forhandlinger og bestemmelser af, hvad der er det normale, positive og/eller hensigtsmæssige set i forhold til barnets vækst, sundhed og trivsel, hvilket kan betyde, at forældre (og måske også sundhedsplejerskerne selv) ikke nødvendigvist altid ved præcist, hvad de bliver målt på eller i forhold til, en pointe som også viste sig i *Snaplog*-undersøgelsen.

En pointe, som ligeledes ses som et gennemgående tema i det empiriske materiale, er den dobbeltrolle i arbejdet, hvor sundhedspleje forstås som noget, der er udspændt mellem funktionen som familiens hjælp og støtte på den ene side, hvor den gode relation sættes i fokus, og tilsyns- og kontrolfunktionen på den anden side, hvor sundhedsplejersken agerer som velfærdssamfundets sikkerhedsnet set i forhold til børn og børnefamilierne og i den forstand skal kontrollere og vurdere, hvorvidt barnet lever under forhold, der i et eller andet omfang kan defineres som tilfredsstillende eller ”gode nok”.

Når fokus rettes mod feltets forståelser af hjemmebesøget som produkt, ses en fremhævelse af sundhedsplejerskens rolle som eksperten, der er i besiddelse af en viden, som forældre ikke har eller ikke ved, at de bør have, og forældrenes rolle som dem, der mangler noget, og som derfor er afhængige af sundhedsplejerskens besøg. Forholdet mellem forældre og sundhedsplejerske kan dermed i udgangspunktet læses som en asymmetrisk relation. En sådan relation står umiddelbart i modsætning til de forståelser af serviceydelser og øget brugerinddragelse, som ”New Public Management”-strategier trækker på. Her ses et skifte fra den professionelles ekspertrolle til, at han/hun i langt højere grad skal indtage rollen som coach, facilitator eller sparringspartner, og forældrenes rolle bliver at tage (et øget) ansvar for sig selv.

Hjemmebesøget som lokalitet

Med fokus på hjemmebesøg som ydelse og/eller service retter sundhedsplejerskernes opmærksomhed sig umiddelbart mod barnet. Det er barnet, som ideelt set er og skal være i centrum for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Med kategoriseringen *hjemmebesøg som lokalitet* retter sundhedsplejerskerne også deres opmærksomhed mod barnet, i hvert fald indledningsvist.

Såvel de sundhedsplejersker, som mere eller mindre frivilligt har taget konsultation som mulig metode i det sundhedsfremmende arbejde med børn under ét år til sig, som de sundhedsplejersker, der udelukkende arbejder med hjemmebesøg som metode, fremhæver hjemmet som det sted, hvor man som sundhedsplejerske bedst kan se og vurdere barnets sundhed og trivsel. Det er således først og fremmest observationen, blikket og det at se, som fremhæves som noget betydningsfuldt med henvisning til hjemmebesøget som lokalitet: *Dér (i hjemmet) kan jeg bedst se børnene* (Fokusgruppeinterview 2).

> ***Jeg ser mig omkring, når jeg er der, og kan spørge ind til noget forskelligt. Det giver mig mulighed for, at jeg griber det, jeg ser, og får det i spil, og på den måde kommer jeg meget tættere på. Det giver mig så meget, den nysgerrighed, som man kan bruge og så få en helt anden dybde* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).**

Hjemmebesøget gør det bl.a. muligt for sundhedsplejersker ”at se” i betydningen at observere. I den forstand fungerer hjemmebesøget som en ramme om det, en sundhedsplejerske har mulighed for at se, og observationen kan udvides til ikke blot at handle om barnet, men også om familien, omgivelserne og det miljø, barnet lever i. Sundhedsplejerskerne betoner således især betydningen af hele familien som noget, der er betydningsfuldt set i relation til barnets trivsel og sundhed.

At komme i familiens hjem knytter sig dermed især til mulighederne for at se barnet og familien som en helhed og udvider sundhedsplejerskens muligheder for at observere og vurdere barnets trivsel gennem brugen af sanserne, da hjemmet er *det sted, hvor jeg får den bedste fornemmelse af familiens trivsel. Det er her, jeg har alle sanser åbne, fornemmer, oplever og ser* (*Snaplog* 2, fokusgruppe). Denne pointe vil jeg vende tilbage til i det næste afsnit: hjemmebesøget som aktivitet/handling.

Når udgangspunktet tages i kategoriseringen af hjemmebesøg som lokalitet ses - ligesom det var tilfældet i kapitel 6 - en forskydning fra barnet som det centrale til familien, især til mor, i sundhedsplejerskernes ”framing”, og trods betoningen af hele familien set i forhold til barnets mulighed for at opnå sundhed samt af, at sundhedsplejerskens arbejde er mere end mor-barn-relationen, kan hjemmet beskrives som *mors virkelighed. Det er her, hun lever, og det er her, det hele foregår* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Denne konstatering henleder opmærksomheden på pointen fra *Snaplog*-studierne om, hvordan barnets far i sundhedsplejerskernes billeder, beskrivelser og fortællinger på samme tid optræder som en betydningsfuld anden og en fraværende figur. I forhold til det fraværende kan det f.eks. fremhæves, at faderen i log-teksterne og i fokusgruppediskussionerne bl.a. bliver beskrevet som én, *der kunne være her også*, én, der *sidder inde bag computeren*, og som én, der måske skal *noget mere på banen* (*Snaplog* 1, fokusgruppe).

At turde vise, hvem man er

Med hjemmebesøg som lokalitet fremhæves forældrenes bestræbelser på og muligheder for at fremstille forhold, som knytter sig til deres private liv, f.eks. om mor har været i bad, eller hvorvidt der er vasketøj, som *ligger i knæhøje bunker* (*Snaplog* 1, fokusgruppe). I den forstand "framer" perspektivet hjemmebesøg som lokalitet bl.a. den normative vurdering, sundhedsplejersken navigerer med set forhold til hendes forståelser af orden og uorden.

> ***Første gang, jeg kom der, var der fuldstændigt ryddet. Jeg kunne godt lugte, at der lugtede af rengøringsmiddel. Jeg kunne godt se, at hun svedte. Hun havde okset rundt og gjort rent: Det er der ingen tvivl om. Der var nogle bekymringer med et tidligere barn hos en anden sundhedsplejerske. Hun havde ønsket en anden sundhedsplejerske, så jeg tænker: Hun ville starte på en frisk. Der skulle gøres rent, og det så pænt ud, da jeg kom. Og så lige så stille i de besøg, jeg har aflagt, har hun slækket på rengøringen. De sidste gange, jeg er kommet, har det virkelig lignet, jeg ved ikke hvad. For mig er det også et eller andet sted, tillid til mig, at det ikke behøver at være så cleanet. Det er okay, at der lige ligger en bunke der, og det gør dig ikke til en dårlig mor. Det, synes jeg egentlig også, er lidt tillid til mig, at hun ikke har gjort rent, for det er jo ikke sådan, at det er uforsvarligt beskidt, men hun har jo nogen børn, og det roder. Og det***

Hjemmet udgør således den fysiske ramme omkring familiens liv og private sfære: *Vi kommer hjem til familierne, hvor de er mest private, dvs. at de har mulighed for både at vise det, der fungerer, og det, der ikke fungerer* (*Snaplog* 1, fokusgruppe). I sundhedsplejerskernes forståelse kobles det, at forældrene fremviser noget, der tilhører familiens intime liv, til det *at turde vise, hvem man er, altså, efter nogle gange* (*Snaplog* 2, fokusgruppe), hvilket herefter fremstår som en tillidserklæring til hende selv og hendes arbejde og som et bevis på, at det er lykkedes for sundhedsplejersken at opbygge den gode relation, som samtidig anses for at være forudsætningen for, at hun kan lykkes i det videre sundhedspleje-arbejde.

Besøget i hjemmet kan i sundhedsplejerskernes forståelse desuden læses som en mulighed for at *finde forældre nøjagtigt dér, hvor de er*. I den forstand bidrager omgivelserne og miljøet til, at en mor får mulighed for at træde frem som *det menneske,*

hun er, og give udtryk for, hvad det er, *hun godt kunne tænke sig noget hjælp til* (*Snaplog* 2). På den måde "framer" hjemmebesøg som lokalitet mennesker, børn og familier som forskellige og unikke og fremhæver betydningen af at have respekt for de valg, familien tager.

Sundhedsplejerskernes særlige optagethed af mor-barn-relationen, som fremtræder i kapitel 3 og 6 gennem *Snaplog*, handler især om, hvorvidt barnet bliver set, og hvorvidt mor ser på barnet, og barnet ser på mor. Blikket og det "at se" kobles således til, hvorvidt en mor reagerer på en (i sundhedsplejerskens vurdering) hensigtsmæssig måde i forhold til barnets appeller, og desuden til barnets evne til og mulighed for at opnå øjenkontakt og for at deltage i den ikke-sproglige kommunikation (i sundhedsplejerskens vurdering).

Aldrig bare gæst

Når udgangspunktet tages i hjemmebesøg som lokalitet rettes fokus bl.a. mod sundhedsplejerskens og forældrenes forskellige positioner/positioneringer i forhold til hinanden, således som det også blev beskrevet i kapitel 6, hvor pointen bl.a. var, at de grænseflader, overgange og mellemrum, som opstår mellem positionerne som gæst og professionel, kan bidrage til, at det ikke nødvendigvis fremgår helt klart og tydeligt for aktørerne, *hvem* der har ansvaret for *hvad* i relationen, og *hvornår* dette ansvar træder i kraft, hvilket retter opmærksomheden mod de (u)mulige positioner, som byder sig til for såvel familien som for sundhedsplejersken.

Når sundhedsplejersken træder ind gennem døren og hen over dørtærsklen, så kommer hun som en fremmed i et andet hjem. Indledningsvist er hun en gæst og bliver i sundhedsplejerskernes umiddelbare faglige selvforståelse også behandlet som sådan. Dette er dog ikke nødvendigvis tilfældet i alle familier: *I nogle familier bliver jeg behandlet som en gæst og i andre, dér har man besøg af en sundhedsplejerske* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Sundhedsplejerskerne beskriver, at forældre på forskellig vis gør noget, for at sundhedsplejersken kan føle sig godt tilpas (*Snaplog* 2, fokusgruppe). F.eks. bliver sundhedsplejerskerne ofte budt på et eller andet: *De kommer med noget, som er vigtigt for dem.* Dette noget kan f.eks. være den kaffe, som sundhedsplejerskerne i *Snaplog*-studierne talte om. At blive budt på noget efterlader sundhedsplejerskerne med overvejelser, om og *hvordan kan man gå med på dét, der er vigtigt for dem, og alligevel være den, man er og gøre det, man skal* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Kaffen, som også blev nævnt i kapitel 6, vender her tilbage og frames som et potentielt redskab i arbejdet. *Den her kaffe forpligter* (*Snaplog* 2). Den signalerer interesse derved, at sundhedsplejersken tager sig tiden til at lære familien bedre at kende. I forlængelse af dette forstås kaffen som det, der kan gøre, *at man på en eller anden måde får en anden kontakt* (*Snaplog* 2, fokusgruppe). Dermed kan ”gæsteri” fremstilles som noget, der *også en del af vores faglighed, for jeg bruger det, men jeg er aldrig bare gæst* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Afbalanceringen mellem positionerne *gæst* og *professionel* beskriver nogle af sundhedsplejerskerne i form af, at de ser sig selv som den, der påtager sig ansvaret for det faglige, mens familien er ansvarlige for ”det andet”. Andre udtrykker det således: *Jeg tænker ikke, at jeg ikke har styring i besøget – jeg lader mig ikke bare flyde rundt* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).

Hvis sundhedsplejersken er gæst, bliver forældrene værter. I den forstand er relationen i princippet symmetrisk og ligeværdig.

Ved sundhedsplejerskens indtræden i hjemmet transformeres det midlertidig til også at være en arbejdsplads, hvilket f.eks. kan stille krav i forhold til arbejdsmiljøet. Her kan forhold som f.eks. rygning i hjemmet eller tilstedeværelsen af katte, store hunde eller andre dyr være temaer, som måske/måske ikke vanskeliggør sundhedsplejerskens arbejde, og som der derfor må forhandles om og aftales betingelser for. Ved gennemgangen af de 98 danske kommuners hjemmesider i starten af dette projekt med henblik på at undersøge, hvordan kommunerne præsenterer deres tilbud om sundhedspleje til børn under ét år og deres familier, viste det sig f.eks., at enkelte kommuner stiller konkrete krav til familierne om forhold som f.eks. ikke-rygning, eller at diverse husdyr skal være lukket inde eller ude forud for sundhedsplejerskens besøg.

Samtidig ”frames” forældre som nogen, der er mere afslappede, når de er i deres eget miljø, hvilket betyder, at børnene også antages at være mere afslappede: *Alt andet lige får man den bedste fornemmelse af en familie derhjemme i deres eget miljø, hvor de kan være afslappede, og børnene er afslappede* (Fokusgruppeinterview 3). Denne pointe bidrager desuden til at gøre relationen mere *ligeværdig* (*Snaplog* 2, fokusgruppe) i sundhedsplejerskernes forståelse.

> ***Nogle gange er det megasvært lige at sige, hvad der er skillelinjen (mellem sundhedsplejerskearbejde og andre professioners arbejde)* (*Snaplog* 2, fokusgruppe).**

I den sammenhæng fremhæves det desuden, at selv om sundhedsplejersker som kommunens udsending har en særlig autoritet, så skal de *stadigvæk være ligeværdige* (Fokusgruppeinterview 1). At sundhedsplejersken er en fagperson udsendt af en myndighed for at varetage en særlig opgave bestemt af såvel Sundhedsstyrelsen som kommunen, hvor barnet skal være den primære genstand for hendes opmærksomhed og virksomhed, gør barnet, forældrene og familien til klienter, borgere eller brugere, som undersøges, observeres og overvåges i en eller anden forstand ud fra nogle parametre, der som tidligere nævnt ikke nødvendigvis er tydelige for forældrene (og måske heller ikke altid er det for sundhedsplejerskerne selv). Dermed er den umiddelbart ligeværdige, symmetriske relation kun tilsyneladende, ligesom frivilligheden i tilbuddet kan diskuteres.

Vel vidende, at sundhedsplejersken ikke blot er et tilbud, som de kan vælge til eller fra, men at hun også har en tilsynsfunktion, hvor det ikke blot er barnets sundhed og trivsel men også forældreskabet, som er i fokus, er forældrene sandsynligvis opmærksomme på, at de skal leve op til nogle forventninger. Sundhedsplejerskerne fremhæver, at det ikke altid er helt klart for forældrene, hvilke forventninger, der præcist er tale om. Kommer sundhedsplejersken for at se, om der er rent og pænt, eller hvad er det helt præcist, de bliver målt på? På den måde understreger et fokus på hjemmebesøg som lokalitet, at relationen mellem sundhedsplejerske og familie i løbet af besøget kan læses som noget, der kontinuerligt skabes og genskabes gennem forskellige positioner og positioneringer, hvilket betyder, at f.eks. ansvarligheden og ansvaret for de særlige aktioner og handlinger, der knytter sig til disse forskellige positioner, er bevægelige og foranderlige størrelser.

Opsamling – hjemmebesøg som lokalitet

Når udgangspunktet tages i kategoriseringen *hjemmebesøg som lokalitet* fremhæver sundhedsplejerskerne som udgangspunkt barnet som den primære ”genstand” for deres faglige opmærksomhed. Det er barnet, som er og skal være i centrum, og lokaliteten spiller en afgørende rolle i forhold til deres muligheder for at foretage vurderinger og bestemmelser af barnets trivsel og sundhed. Barnet kan imidlertid ikke ses isoleret, men

må ”læses” i sammenhæng med familien og de vilkår, familien lever under. I forlængelse heraf ses en forskydning i den faglige opmærksomhed fra barn til mor og til familie/far, en pointe som også fremgår af *Snaplog*-analyserne i kapitel 6.

Hjemmet er familiens private sfære og udgør den fysiske ramme omkring familiens daglige liv. I sundhedsplejerskernes beskrivelser fremstilles det derfor som noget, der er trygt, og i forlængelse af dette fremhæves hjemmet dels som det sted, hvor sundhedsplejersker bedst kan se barnet, når de skal vurdere dets sundhed og trivsel med henblik på en fremkaldelse af et rigtigt, et sandt billede, og dels som det sted, hvor kommunikationen mellem mor/familie og sundhedsplejersken samt vejledningen og rådgivningen har de bedste betingelser.

Det at komme i hjemmet opfattes dermed som noget, der udvider og styrker sundhedsplejerskernes muligheder for at kunne observere og vurdere barnet ved at se det i de vante omgivelser og se det miljø, barnet vokser op i. På den måde kommer hjemmet til at indgå som data dels i form af forældrenes fortællinger om det, der fungerer og/eller ikke fungerer, og dels i form af de observationer og vurderinger, som sundhedsplejerskernes egne blikke giver anledning til.

Sådanne data er ikke blot væsentlige set i forhold til bestemmelserne af de ydelser, det enkelte barn og den enkelte familie er berettiget til eller skal tilbydes. De indgår også i bestemmelser af og dermed grænsedragninger i forhold til det, som er hensigtsmæssigt/positivt/godt/normalt/ideelt/osv. for børn, som herefter kan formidles til familien og til andre interesserede aktører. Pointen er her dels, at sundhedsplejersken i en eller anden forstand er afhængig af at få adgang til data om familien, og dels, at de data, som sundhedsplejersker indsamler i hjemmet, ikke er neutrale, men rækker langt ud over det enkelte barn og den enkelte familie.

Hjemmebesøget som lokalitet understreger og fremhæver især kompleksiteten i relationen mellem mor (familie) og sundhedsplejerske ved at fremkalde forholdet mellem forskellige og skiftende positioner. Forældrene er værter, som inviterer sundhedsplejersken ind i deres hjem, hvilket i første omgang gør hende til en gæst, men sundhedsplejersken er også en professionel, som har til opgave at tilbyde såvel vejledning/rådgivning/coaching/osv. som at varetage tilsynet med barnets sundhed og trivsel på vegne af kommunen, hvilket gør forældrene til brugere/klienter.

De skiftende forhold mellem positioner som vært/bruger/klient over for gæst/professionel (med fokus på tilbud/tilsyn) kan således læses som fortællinger om forskellige

grænseflader, overgange og mellemrum, som kontinuerligt skaber forskellige subjekt-/subjektiveringsmuligheder og -betingelser. Ud over den potentielt manglende transparens i tilknytning til de forskellige overgange eller mellemrum betyder dette, at relationer - idet de hele tiden skabes og genskabes i ”intra-actions - således ikke er statiske fænomen, der bestemmes og fastlægges én gang for alle, men derimod dynamiske fænomener, som hele tiden konstitueres, forandres i og gennem mødet mellem mor (familie) og sundhedsplejersken.

Hjemmebesøg som arbejde

Mens hjemmebesøget som ydelse, service og/eller tilbud kan læses som noget, der er nemt, bekvemt og praktisk set fra forældreperspektivet, kan det - at aktiviteten foregår i familiens eget hjem - imidlertid også indimellem besværliggøre det konkrete arbejde, som sundhedsplejersken er kommet for at varetage og udføre. Her kan sundhedsplejersken møde andre børn, diverse kæledyr, et tændt fjernsyn, musik, mobiltelefoner osv., der kan optræde som en række forstyrrende elementer. En variant af denne problemstilling kan være, at det barn, som besøget i udgangspunktet er centreret om, netop er faldet i søvn. Dette kan give anledning til overvejelser og eventuelt forhandlinger med familien om, hvorvidt barnet skal vækkes eller have lov til at sove videre.

På den måde kan der i sundhedsplejerskernes forståelse *være så meget støj* (Fokusgruppeinterview 1) i et hjemmebesøg, hvor *støj* henviser både til den konkrete, reelle støj, som et hjemmebesøg kan være forbundet med, og til, at det barn, som ellers skal være omdrejningspunktet for ydelsen, ikke nødvendigvis er fysisk tilstede i det samme rum som moderen/familien og sundhedsplejersken.

Med udgangspunkt i en kategorisering af hjemmebesøg som arbejde, i form af det sundhedsplejersker gør, rettes opmærksomheden mod, at det særlige, der knytter sig til arbejdet, også er det, som adskiller sundhedsplejersker fra andre faggrupper, idet det fremhæves, at: *Vi er den eneste faggruppe, der kommer hjem* (*Snaplog* 1, fokusgruppe). F.eks. understeges det, at mens jordemødre også har muligheden for at komme på hjemmebesøg, så er der her ofte tale om præcise, afgrænsede opgaver som f.eks.

blodprøvetagning med henblik på screening for PKU[85]. Når sundhedsplejerskerne i *Snaplog* 1 fokusgruppen foretager en grænsedragning mellem jordemødrenes og eget arbejde beskriver de jordemødre som nogle, der kan noget med mødre, mens de beskriver sig selv som nogle, der er gode til at se på børn. I sidste ende synes denne grænse alligevel ikke at være helt så præcis, idet f.eks. opgaven omkring PKU handler om en blodprøve, som tages på barnet, og idet den tidligere omtalte forskydning fra barn til mor indikerer, at sundhedsplejerskers faglige opmærksomhed også er rettet mod mor. Der synes således at være et vist overlap mellem de to sundhedsprofessionernes arbejde i relation til nyfødte børn.

Et skype-møde kan aldrig erstatte et fysisk nærkontaktmøde

I tilslutning til kategoriseringen af hjemmebesøg som arbejde fremhæves mødet og særligt det første møde mellem mor/familie og sundhedsplejerske som noget essentielt i sundhedsplejerskernes forståelser, og de understreger tillid og kontinuitet som væsentlige værdier, der i særlig grad kan skabes og holdes ved lige, når mødet foregår i moderens/familiens eget hjem. I forlængelse af disse forståelser fremhæver de også betydningen af, at familien møder den samme sundhedsplejerske.

> ***Tilliden bygges altså bedre op, hvis det er den samme. Det er der ingen tvivl om*** **(Fokusgruppeinterview 1).**
>
> ***Vi holder fast i kontinuiteten og det tillidsforhold, som vi kan opbygge den første gang*** **(Fokusgruppeinterview 3)**

Især stemningen og nærheden fremhæves i feltet som betydningsfulde forhold i forbindelse med dette møde. Hjemmebesøg som arbejde/faglig handling knytter således an til en særlig autenticitet, som ifølge sundhedsplejerskerne i *Snaplog* 1 fokusgruppen ikke eller kun med besvær kan genfindes ved andre former for kontakt, f.eks. konsultation eller kontakt gennem f.eks. telefon, mail eller Skype.

[85] PKU står for phenylketonuri, Føllings sygdom, en sygdom som opstår som følge af en arvelig fejl i forhold til nedbrydningen af aminosyren phenylalanin. Ubehandlet fører sygdommen til svær mental retardering og kramper. I Danmark screenes alle nyfødte børn inden for den første leveuge, idet barnet kan opnå en normal tilværelse ved en livslang diæt (Seruminstitut, 2012).

I sundhedsplejerskernes faglige forståelse åbner en vejledning eller rådgivning gennem teknologiske hjælpemidler en mulighed for, at forældre kan ”undslippe” sundhedsplejerskens faglige blik: *Hvis du sidder og vejleder en, som pludselig siger: Nu må jeg løbe, for jeg skal noget andet* (*Snaplog* 1), hvilket hun ikke kan gøre, *hvis hun sidder hjemme i sofaen*. Her skal det dog understreges, at sundhedsplejerskerne selvfølgelig anerkender og respekterer moderens ret til at sige: *det har jeg sådan set ikke lyst til at snakke om*. Pointen er her, at de forholder sig kritisk til brugen af teknologi i vejledningen og stiller spørgsmålstegn ved, om det overhovedet er muligt på den måde at få et *ordentligt møde* (*Snaplog* 1, fokusgruppe).

I sundhedsplejerskernes forståelse kan f.eks. et Skype møde *aldrig erstatte et fysisk nærkontaktmøde* (*Snaplog* 1, fokusgruppe). Sundhedsplejerskerne understreger, at deres arbejde handler om *at få helheden frem, få hele billedet frem,* og derfor kan *den vigtige, nære kontakt ikke erstattes af en Skype kontakt* (*Snaplog* 1, fokusgruppe). Det er dog ikke alle sundhedsplejerskerne, som blankt afviser muligheden for medieret vejledning:

> *Man kan høre på stemmen. Man kan se på ansigtet, hvis det er det. På en eller anden måde så tror jeg også, at vi skal være åbne for at møde de mennesker, den nye generation, dér, hvor de også er. De er på Skype* (*Snaplog* 1, fokusgruppe).

Vejledning gennem teknologiske hjælpemidler kan godt bruges i visse sammenhænge. Her peger sundhedsplejerskerne på nogle helt konkrete situationer, hvor det handler om instruktion, f.eks. hvordan man lægger en ble på (målrettet til fædre). Forslaget bliver imidlertid fremsat med en vis ironisk distance og med stor latter til følge, hvilket indikerer, at det ikke er alvorlig ment.

Forestillingen om Skype henleder opmærksomheden på, at teknologien forstås som en mur/skærm, der betyder, at man mister samhørighed og nærhed. Ved brug af teknologi vil man heller ikke være i stand til at kunne ”se det hele”. Brug af teknologi vil indramme situationen på en ny og anderledes måde, og i sundhedsplejerskernes forståelse vil ”noget” falde helt uden for set i forhold til feltets eksisterende forståelse af arbejdet med opgaven.

Hvordan føles det at være her?

Skype-snakken ”framer” sundhedsplejerskernes observationer og vurderinger som noget, der ikke blot trækker på viden og praktisk erfaring, men også som noget, der knytter sig til sanser, følelser og fornemmelser:

> *Hvis jeg skal kunne vurdere et barn, så kan jeg kun gøre det, når jeg kommer hjem til folk. Dér kan jeg få en god fornemmelse af, hvad er det her for et barn? Hvad er det for en familie? Hvad er det for et samspil? Hvad foregår der her? Hvad kan jeg bidrage med, hvad kan jeg yde i den familie?* (Fokusgruppeinterview 2).

Med kategoriseringen hjemmebesøg som arbejde træder fornemmelser og følelser frem som noget betydningsfuldt, der også indgår som et afsæt for sundhedsplejerskernes vurdering og dermed for eventuelle andre faglige handlinger. Den faglige vurdering kobles her sammen med noget kropsligt i form af det sansemæssige og fornemmelser.

***Dér ser vi nogen ting i besøget, altså man får nogle fornemmelser, får stillet nogle spørgsmål* (Snaplog 2).**

***Du får så meget forærende bare ved at bruge sanserne* (Fokusgruppeinterview 1)**

***Min mavefornemmelse i hjemmebesøgene* (Fokusgruppeinterview 3)**

Observationerne og det, sundhedsplejersken konkret ser, tolkes dermed også på baggrund af de følelser/fornemmelser, en given observation giver anledning til. Med kategoriseringen af hjemmebesøg som arbejde slår sundhedsplejerskerne således fast, at det er ikke alt, hvad de ser, som skal tillægges lige stor vægt:

> *Hvilke møbler de har. Det er slet ikke det (latter). Det er mere, hvordan er det her? Hvordan føles det at være her? Hvordan er deres samspil her? Det så barnet, jeg tænker på* (Fokusgruppeinterview 2).

Kategoriseringen af hjemmebesøg som arbejde betoner ligesom Snaplog-billederne betydningen af den kontakt, der er (eller skal være) mellem mor og barn. Det vil sige, at relationen og samspillet mellem mor og barn fremhæves som noget centralt i sundhedsplejerskernes opmærksomhed. I denne sammenhæng fremhæver sundhedsplejerskerne også det ”at se”, men nu i en lidt anden betydning. I denne sammenhæng handler det således om, at *det er så essentielt for et barn at blive set* (*Snaplog* 1, fokusgruppe). At blive set handler ikke blot om vigtigheden af, at en mor ser på sit barn, men også, at hun ser på barnet på nogle måder, der anerkender barnet som et barn.

Det ”at se” optræder således som et gennemgående tema i det empiriske materiale, men gør det på flere forskellige måder:

- Sundhedsplejerskerne kan bedst se (og fornemme) barnet og forældrene i deres vante rammer
- Det er væsentligt for barnet at se på sin mor (eller en betydningsfuld anden)
- Det er vigtig for et barn at blive set
- Det er betydningsfuldt for sundhedsplejersken at blive set i forståelsen være synlig
- Det er betydningsfuldt at se hinanden rigtigt og i *real time* og ikke gennem teknologier som f.eks. Skype

Disse måder adskiller sig således f.eks. i forståelser af, hvem det er, som ser eller bør/skal se, hvad eller hvem, der er det subjekt, der ser, hvordan og hvornår man ser osv. Der er imidlertid også noget, man som sundhedsplejerske ikke kan se.

Det kan jeg ikke se

Sundhedsplejerskerne fremhæver, hvordan det, de ser i hjemmebesøget i udgangspunktet, er det billede, som forældrene ønsker at vise frem. Denne fremstilling kan imidlertid også være det billede, forældrene forestiller sig, at sundhedsplejersken gerne vil se, herunder f.eks. vise at der hersker en vis form for orden i hjemmet. I den forstand kan forældrenes fremstilling og/eller fortælling læses som et ideal og en konstruktion, der ikke nødvendigvis fortæller den sande historie om, hvordan familiens liv i virkeligheden er. I forlængelse heraf er sundhedsplejerskerne opmærksomme på det, som de ikke kan se.

Mens Haraway peger på, hvordan de anvendte tænketeknologier kan være mere eller mindre følsomme i forhold til det, som sundhedsplejerskerne ønsker at observere og undersøge, så peger sundhedsplejerskerne selv på, hvordan den lokale besøgsprofil kan have den effekt, at mulighederne for at se bliver begrænset. I den sammenhæng fremhæver sundhedsplejerskerne *den bekymring eller angst, vi alle sammen kan have, at vi overser noget, fordi vi ser dem (dvs. forældrene) for lidt – det er ubehageligt og rigtig, rigtig kedeligt* (Fokusgruppeinterview 3).

Opsamling – hjemmebesøg som arbejde

Mens hjemmebesøget kan forstås som noget, der er nemt og bekvemt for forældre, kan det også læses som noget, der kan besværliggøre sundhedsplejerskers arbejde i form af potentielle forstyrrelser og den støj, der kan være både reelt og i overført betydning. Denne pointe retter også opmærksomheden mod forskellige positioneringer - i denne sammenhæng positioneringer af hjemmet som henholdsvis familiens hjem og sundhedsplejerskens arbejdsplads.

Med udgangspunkt i kategoriseringen af hjemmebesøget som arbejde fremhæver sundhedsplejerskerne især det, som i deres forståelse gør sundhedsplejerskers arbejde særegent og faget unikt. Med henvisning til det meget omfattende fagområde i en slags ingenmandsland er arbejdet på den ene side i princippet nærmest uendeligt og grænseløst. Sundhedsplejerskerne fremhæver i denne forbindelse, hvordan de kan blive ved og aldrig bliver færdige. På den anden side retter dette perspektiv også opmærksomheden mod det, som adskiller og afgrænser sundhedsplejerskers arbejde fra andre tilgrænsende faggrupper, f.eks. jordemødre. Her er fokus rettet mod rækkevidden i sundhedsplejerskers arbejde gennem bestemmelser af de grænseflader og overlap, der er/kan være imellem forskellige, sammenlignelige fagområder. Mens overlap kan skabe faglige udviklingsmuligheder, så kan et overlap lige så vel læses som en udfordring eller trussel mod eget fag og faglighed. Pointen er her (bl.a. med henvisning til Callons historie om kammuslingerne i St. Brieuce), at et fagligt ansvarsområde ikke er givet og fastlagt én gang for alle, men derimod står til stadig diskussion, hvilket ”New Public Management”-strategier med en særlig opmærksomhed på opgaver og opgaveløsning også bidrager til at fremhæve.

Hjemmebesøg fremstilles som noget, der har en særlig kvalitet og en særlig autenticitet, som i sundhedsplejerskernes forståelse ikke kan genfindes i andre sammenhænge. Besøget i hjemmet gør det ikke blot muligt for sundhedsplejersken at se barnet i dets

vante omgivelser. Hjemmebesøget åbner også for mulighederne for at opleve, hvordan det føles at være her. Sundhedsplejerskernes observationer og vurderinger trækker dermed ikke blot på viden, erfaringer og rationelle argumenter, men også på noget kropsligt, emotionelt/affektivt, på sanser, følelser og fornemmelser - med andre ord på noget, som ikke eller kun med stort besvær kan beskrives verbalt.

Som det fremgik af kapitel 6, er der imidlertid også noget, man ikke kan se, og med erkendelsen dels af, at der på den anden side af døren kan vente noget, der er uforudset og uforudsigeligt, og dels af, at de lokale besøgsprofiler bidrager til at sætte grænser for mulighederne for at komme til at se, følger også en bekymring for at overse noget, der er eller kan vise sig at være væsentligt.

Sundhedsplejerskerne fremhæver mødet - og især det første møde - med barnet/moderen/familien som noget, der er meget betydningsfuldt i arbejdet, for det er gennem dette første møde, betingelserne og mulighederne for det fremtidige arbejde bliver skabt. I forlængelse heraf opfattes tillid og kontinuitet (i form af at familien møder den samme sundhedsplejerske gennem hele forløbet) som nogle meget væsentlige værdier, som i særlig grad kan skabes og vedligeholdes ved hjemmebesøg, og som derfor også kan læses som forudsætninger for, at sundhedsplejersken fortsat vil være velkommen og dermed fortsat vil få adgang til familiens hjem og liv.

Man kan jo ikke undvære hjemmebesøgene

De performative analyser af sundhedsplejerskernes faglige selvforståelser, således som de kommer til syne gennem arbejdet med hjemmebesøg som en strategi i forhold til de formulerede sundhedsmål, henleder opmærksomheden på, at der tales om hjemmebesøg på mange forskellige måder. Dette betyder, at hjemmebesøget ligesom begrebet sundhedspleje kan og også bliver forstået på flere forskellige måder, hvilket gør det vanskeligt helt at gennemskue, hvad feltet egentligt taler om, når det taler om hjemmebesøg, hvorfra der tales, med reference til hvad osv.

Denne pointe vil jeg vende tilbage til i afhandlingens konkluderende og diskuterende kapitel. Her og nu rettes opmærksomheden mod afhandlingens sidste empiriske analyse, som undersøger sundhedsplejerskers faglige selvforståelser, således som de kommer til syne gennem arbejdet med konsultation.

Kapitel 8

"Men jeg synes også, at konsultationerne fungerer godt" – sundhedsplejerskers faglige selvforståelser, som de kommer til syne gennem arbejdet med konsultation

En pointe, som umiddelbart kan læses af det empiriske materiale, er, at trods de mange forskellige forståelser af hjemmebesøg og den sammenhæng, det kan/skal indgå i, som er blevet præsenteret ovenfor, synes der alligevel at være en vis konsensus blandt sundhedsplejerskerne omkring forståelsen af hjemmebesøget og dets betydning set i forhold til det sundhedsfremmende og forebyggende sundhedspleje-arbejde med børn under ét år og deres forældre.

Konsultation bliver derimod forstået, organiseret og praktiseret på vidt forskellige måder i de kommuner, som har taget metoden i brug. Som begrebet *hjemmebesøg* har begrebet *konsultation* også multiple betydninger, som i det empiriske materiale knytter sig til forskellige lokale praksisser. Dermed er konsultation ikke et entydigt begreb inden for det sundhedspleje-faglige felt - hverken blandt de sundhedsplejersker, som er modstandere af konsultation som metode i arbejdet, eller blandt dem, som har taget metoden til sig og arbejder med den i praksis.

I dette kapitel redegøres derfor i den første del af kapitlet for de forskellige forståelser af begrebet konsultation, således som de optræder i de fire kommuner, der har bidraget til produktionen af det empiriske materiale. Desuden redegøres for, hvordan konsultation er blevet introduceret og bliver tænkt ind i og sammen med det øvrige sundhedspleje-faglige arbejde i disse kommuner som en del af servicetilbuddet til børn under ét år og deres forældre.

I den anden del af kapitlet præsenteres de performative analyser af, hvordan sundhedsplejerskers faglige selvforståelser i det empiriske materiale kommer til udtryk og udspiller sig i og gennem arbejdet med konsultation.

Mulighed for at supplere hjemmebesøg med andre metoder

Hjemmebesøget er som tidligere nævnt forankret i den til enhver tid gældende lovgivning, og frem til 1985 var hjemmebesøg formelt set den eneste metode, sundhedsplejersker kunne gøre brug af. Med retningslinjerne for tilrettelæggelse af sundhedsplejerskeordninger, som udkom i 1985 (Sundhedsstyrelsen), blev der åbnet

mulighed for, at sundhedsplejersker kunne kombinere hjemmebesøget og den individuelle kontakt med familierne med gruppebaserede metoder i form af f.eks. mødregrupper.

Aktuelt har stort set alle danske kommuner gruppebaserede tilbud til familier med børn under ét år. Nogle af disse grupper er målrettet forældre med såkaldt almindelige problemstillinger/behov og har til formål dels at styrke forældre i deres forældreskab og dels at fungere som et tilbud om at danne netværk med andre forældre. Andre grupper er målrettet familier, som står over for særlige udfordringer, f.eks. for tidligt fødte børn, efterfødselsreaktioner osv. (Guldager, 2012). På den måde kan gruppebaserede tilbud både læses ind i en generel, borgerrettet sundhedsstrategi og en mere specifik, målrettet eller risikoorienteret strategi.

I sundhedsplejerskers forståelser fremhæves grupper hovedsagligt som noget, der kan bidrage positivt i det sundhedsfremmende arbejde. F.eks. fremhæves det i et kapitel i bogen, *Sundhedspleje - et fag i forandring*, at mennesker med stærke sociale relationer har mindre risiko for at blive syge, når de udsættes for helbredsbelastende hændelser, og at stærke sociale relationer synes at virke som et bolværk mod helbredsbelastende virkninger af f.eks. arbejdsløshed[86] (Guldager, 2012).

I forlængelse af diskussionen omkring introduktionen af konsultation som metode, er det interessant, at introduktionen af mødregrupper ifølge Henriette Buus kan læses som et initiativ, der udspillede sig mellem at være et ekstratilbud og at være en nødløsning som følge af lave normeringer. I Buus' forståelse ses introduktionen af mødregrupper således som et kompromis mellem:

- ***Et statsligt sundhedsperspektiv***
- ***Et kommunalt økonomisk perspektiv***
- ***Et professionelt formidlingsperspektiv***

(Buus, 1995)

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens aktuelle vejledning, at sundhedsplejersken ud over funktionsundersøgelser i hjemmet kan tilbyde mødre-, fædre- og forældregrupper åbent hus, konsultationer, undervisning og andre gruppeaktiviteter (Sundhedsstyrelsen, 2011b).

[86] Der henvises her til Due and Holstein (2010).

Det vil altså sige, at det er muligt at arbejde med nye metoder, herunder konsultation, i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i forhold til børn under ét år under forudsætning af, at der er tale om *et supplement* til hjemmebesøg.

Konsultation – et vidt begreb

Som tidligere nævnt er konsultation muligvis et upræcist og dermed uhensigtsmæssigt begreb i forhold til at beskrive den metode, hvor sundhedsplejerskers arbejde med det enkelte barn bliver udført på et andet fysisk sted end i familiens eget hjem. I ”Health Visiting” litteraturen anvendes f.eks. begreberne ”Clinic” (se f.eks. Elkan et al., 2000) og ”Children’s Centre” (se f.eks. Lowe, 2007) til at beskrive sundhedsplejerskers arbejde, når det ikke foregår i familiens eget hjem.

I det empiriske materiale optræder konsultation som metode i sundhedsplejerskers arbejde i flere forskellige udgaver, f.eks.:

- Som åben konsultation/åbent hus:
  Et uformelt tilbud, hvor forældre kan komme til sundhedsplejersken uden en forudgående aftale inden for et nærmere bestemt tidsrum, f.eks. hver tirsdag og torsdag mellem kl. 10 og 12

- Som kvik-tid (eller lignende):
  En slags akutfunktion, hvor forældre med kort varsel kan få en aftale, hvis de har et presserende problem, eller hvis deres normale sundhedsplejerske er sygemeldt, og de ikke kan vente på en raskmelding

- Som konsultation:
  Hvor sundhedsplejerskens arbejde i forhold til barn og forældre foregår i henhold til en forudgående, individuel aftale og finder sted uden for familiens hjem

Forståelser af begrebet konsultation i fire kommuner

I kommune C opfatter sundhedsplejerskerne konsultation som én metode blandt flere andre. Foruden hjemmebesøg foregår sundhedsplejerskernes arbejde som aftalte, individuelle konsultationer, som åbent hus og som mødregrupper. Der skelnes ikke skarpt mellem hjemmebesøg og konsultation som metoder. Derimod taler sundhedsplejerskerne om kontakter, hvor førstegangsfødende får et tilbud, som omfatter flere kontakter end tilbuddet til de forældre, der har erfaringer med at få et barn. I den forstand er der tale om

en sundhedsplejeordning, hvor de forskellige metoder ses som forskellige strategier med henblik på at nå fastlagte sundhedspolitiske mål.

Den første kontakt foregår altid som hjemmebesøg, og på baggrund af sundhedsplejerskens faglige vurdering tilbydes familien herefter enten at komme i konsultation eller et eller flere hjemmebesøg. Forløbet med et barn og dets familie afsluttes med et hjemmebesøg.

Sundhedsplejerskerne fremhæver, at der er tale om en fleksibel ordning, hvilket betyder, at det dels er forældrenes problemstillinger og/eller udfordringer og dels sundhedsplejerskernes faglige vurdering i forhold til disse problemstillinger/udfordringer, der udgør grundlaget for beslutningen om det tilbud, som forældrene får. I fleksibiliteten ligger også, at de respektive tilbud i sundhedsplejerskernes forståelser kan ændre karakter undervejs. Konsultationer kan følges op af hjemmebesøg og hjemmebesøg af konsultationer. Der er således ikke tale om et enten-eller-tilbud, men derimod om et både-og-tilbud, og det er sundhedsplejerskens faglige vurdering, som danner baggrund for det konkrete valg af metode. I forlængelse heraf ses konsultation som metode i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde til børn under ét år som et supplement til de øvrige kontaktmuligheder.

Kommune E tilbyder konsultationer i et såkaldt *sundhedshus*. Med udgangspunkt i et etablerende hjemmebesøg foretager sundhedsplejerskerne en faglig vurdering med hensyn til, om familien kan tilbydes konsultationer, eller om det er mere hensigtsmæssigt at tilbyde hjemmebesøg. Ud over planlagte konsultationer tilbydes såkaldt kvik-tid, dvs. en slags akutfunktion, hvor forældre med kort varsel kan få en aftale, hvis de har et presserende problem, eller hvis deres normale sundhedsplejerske er sygemeldt, og de ikke kan vente, til hun vender tilbage. Også i denne kommune understreger sundhedsplejerskerne, at arbejdet med vejledning og bistand i konsultation er fleksibelt, og at konsultationstilbuddet kan konverteres til et tilbud om hjemmebesøg alt efter barnets og familiens specifikke problemstillinger og behov.

Sundhedshuset er et sted, hvor der både er individuelle og gruppebaserede aktiviteter, og hvor borgerne kan møde ikke blot sundhedsplejersker, men også andre relevante sundhedsfaglige grupper, f.eks. ergo- og fysioterapeuter, som kan give råd og vejledning til familier med småbørn. Sundhedshuset fungerer således som et konkret, fysisk samlingssted for de sundhedsprofessionelle i kommunen, som arbejder med børn, og det forstås som noget, der på den ene side kan bidrage til at fremme det tværfaglige

samarbejde og på den anden side kan gøre det lettere for forældre at orientere sig og danne sig et overblik over de konkrete muligheder for vejledning og støtte i kommunen.

Børnesundhedsklinikken er kommune D's fortolkning af en sundhedsordning, hvor konsultationer kan indgå som en mulig metode i sundhedsplejerskernes arbejde. Børnesundhedsklinikken foregår i Børnesundhedshuset, som lægger rum til såvel individuelle konsultationer som til åbent hus og mødregrupper. Børnesundhedshuset bygger også på en tanke om tværfagligt samarbejde. F.eks. har kommunens *Legetek* med udlån af legetøj til motorisk stimulation også adresse i huset.

Sundhedsplejerskerne arbejder med individuel konsultation på den måde, at familien efter de to første hjemmebesøg får tilbud om at fortsætte med konsultation i Børnesundhedshuset på baggrund af en faglig vurdering. Også i denne kommune er der mulighed for at ændre konsultation til hjemmebesøg, hvis sundhedsplejersken vurderer, at der er behov for det.

I kommune F arbejder sundhedsplejerskerne med aftalt, individuel klinikkonsultation[87] i et tidsafgrænset pilotprojekt. Sundhedsplejerskerne i projektgruppen har valgt at differentiere ydelserne på den måde, at mens alle familier tilbydes etablerings- og afslutningsbesøg som hjemmebesøg, så tilbydes udvalgte familier konsultation i sundhedsklinikken i perioden mellem disse to besøg. Pilotprojektets formål er at undersøge og sammenligne effekterne af de to metoder, hjemmebesøg og klinikkonsultation, i to sammenlignelige distrikter. I forlængelse heraf forstås konsultation som en *omlægning* af hjemmebesøg.

Alle fire kommuner er således enige om at forstå aftalt, individuel konsultation som en mulig metode i sundhedspleje-arbejdet med børn under ét år og deres familier, der kan bidrage til at opfylde sundhedslovens målsætning som beskrevet i kapitel 36, dvs. forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Alligevel er der nuancer i forståelsen af metoden og den sammenhæng, konsultation i øvrigt skal indgå i.

I kommune C fokuseres på konsultation som en metode, der optræder i et samspil med en række andre metoder, der tilsammen bidrager til at opfylde formålet med sundhedsydelserne. Hovedfokus er primært rettet mod fleksibiliteten i tilbuddet.

I kommunerne D og E forstås konsultation hovedsagligt som en integreret del af en sundhedscenter- eller sundhedshustankegang, hvor sundhedsplejerskers konsultationer og

[87] Klinikkonsultation er sundhedsplejerskernes egen betegnelse for konsultationsaktiviteten.

gruppebaserede tilbud er tænkt ind i og indgår som et led i et tværfagligt samarbejde. Her er det således ikke blot spørgsmålet om sundhedsplejerskers arbejde og selve metoden *konsultation*, som bliver fremhævet. Fokus er også rettet mod at styrke børnesundhedsarbejdet gennem specialisering og ved at samle viden og kompetencer på børneområdet på ét sted.

I tre af de fire kommuner understreger og fremhæver sundhedsplejerskerne, at de opfatter konsultation som et supplement til og ikke som en erstatning for hjemmebesøg og andre sundhedsplejerske-tilbud. I deres forståelse er der ikke tale om enten den ene metode eller den anden, men derimod om et både-og-tilbud. Den sidste kommune synes at se anderledes på sagen. Her beskriver sundhedsplejerskerne klinikkonsultation som en omlægning af hjemmebesøg, dvs. at konsultation forstås som en uafhængig og selvstændig metode, der måske/måske ikke kan erstatte hjemmebesøg.

Introduktion af konsultation som metode

En af antagelserne i dette projekt om sundhedsplejerskers faglige selvforståelser er, at faglige selvforståelser bl.a. får mulighed for at komme til syne gennem mødet mellem de to metoder, hjemmebesøg og konsultation, et møde der som nævnt indledningsvist har givet anledning til passionerede debatter inden for det sundhedspleje-faglige felt. I forlængelse heraf er sundhedsplejerskernes redegørelser for, hvordan konsultation som metode er blevet introduceret i de respektive kommuner, således interessante at se nærmere på.

Tre fortællinger om introduktionen af konsultation som metode i sundhedsplejerskers arbejde

Den ledende sundhedsplejerske i kommunen fortæller, hvordan hun har taget initiativ til at indføre konsultation som metode i sundhedsplejen til børn under ét år på baggrund af et politisk ønske om nogle mere fleksible tilbud. Hun understreger flere gange undervejs, at konsultation skal opfattes som ét forandringsinitiativ blandt en række andre, som er blevet iværksat i henhold til kommunens overordnede politiske målsætninger, hvor fleksibilitet og øget tværfaglighed ses som gennemgående temaer.

Den sundhedsfaglige målsætning er, at sundhedsplejerskerne arbejder med en række forskellige redskaber og metoder i forhold til at foretage en vurdering af barnets sundhed og trivsel. Det betyder, at konsultation ikke blot skal forstås i tilslutning til fleksibilitet og

tværfaglighed, men også som et led i sundhedsplejerskernes egen faglige udvikling og metodeudvikling.

I lederens forståelse er konsultation *ikke* blevet indført på baggrund af et politisk-økonomisk krav med henblik på at skære ned og spare på det børnesundhedsmæssige område. At der så efterfølgende er kommet økonomiske stramninger er en anden historie. Den ledende sundhedsplejerskes pointe er her, at der er tale om flere forskellige bevægelser, og at ideerne og tankerne om konsultation som faglig udvikling og metodeudvikling kom først.

De to øvrige fortællinger om, hvordan konsultation er blevet introduceret som en metode i sundhedsplejerskernes arbejde, stammer fra to sundhedsplejerskegrupper, som hver især har konkrete praktiske erfaringer i forhold til arbejdet med konsultation. Den ene gruppe fortæller, hvordan de har arbejdet med konsultation gennem flere år. De fremhæver, at de har selv fået ideen og selv har taget initiativ til at arbejde med aftalte, individuelle konsultationer. I første omgang har der primært været tale om at arbejde med konsultation i perioder præget af ferie og/eller langvarig sygdom, men nu arbejder de med konsultation som et formelt, grundlæggende servicetilbud i sundhedsplejerskernes arbejde med børn under ét år og deres forældre.

I den anden sundhedsplejerskegruppe fremtræder konsultation som metode og introduktionen af denne metode i flere forskellige udgaver side om side. I denne gruppe af sundhedsplejersker ses forskellige forståelser af baggrunden for introduktionen af konsultation og konsekvenserne heraf. Sundhedsplejerskerne er enige om, at konsultation er noget, de er blevet pålagt at skulle arbejde med, men de har også en række forskellige bud dels på årsagen til, at metoden blev indført, og dels på, hvem der kan udpeges som initiativtageren (eller skurken). Mens nogle peger på, at konsultation blev indført som følge af en ekstern konsulentrapport, fremhæver andre, at introduktionen af konsultation er et initiativ, der stammer fra en tidligere ledelse (som ikke var sundhedsplejersker), altså at konsultation er blevet indført under nogle andre organisatoriske betingelser.

Nogle af sundhedsplejerskerne i denne gruppe giver udtryk for, at introduktionen af konsultation er noget, der giver anledning til tab af noget væsentligt og værdifuldt, uden at de præcist kan formulere, hvad dette ”noget” er. Disse overvejelser knytter an til forståelser af, at man ikke på nuværende tidspunkt kan overskue konsekvenserne af den nye strategi. I sundhedsplejerskernes forståelser kan der være risiko for, at der kan opstå alvorlige problemer i forhold til familiernes fremtidige sundhed, såvel som risiko for eget

fagområdes fremtid, når man giver køb på hjemmebesøgene, og sundhedsplejerskerne derfor ikke længere kommer så meget i hjemmet som tidligere. Arbejdet med konsultation giver især anledning til overvejelser om, hvorvidt man som sundhedsplejerske er i stand til at kunne ”*se*” det samme i en konsultation, som man kan i et hjemmebesøg.

Der er dog også én i sundhedsplejerskegruppen, som godt kan se noget positivt i konsultation:

> *De (forældrene) kommer til tiden, og det kører. Så det kan jeg godt se det positive i, og jeg kan i løbet af de der par timer nå at køre 4 igennem, hvor jeg kunne have haft 2 besøg* (Fokusgruppeinterview 2).

Hendes kommentar skal måske også læses i forlængelse af, at hun som områdeleder er forpligtet på beslutninger, som er taget andetsteds.

En særlig pointe ved disse tre forskellige fortællinger om introduktionen af konsultation som metode i sundhedsplejerskers sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn under ét år er, at de alle tre stammer fra den samme kommune. Fortællingen om introduktionen af konsultation eksisterer dermed i (mindst) tre forskellige udgaver, der hver især fremhæver en række forskellige forhold som f.eks.:

- Konsultation som et politisk ønske om fleksibilitet og tværfaglighed
- Konsultation som et ledelsesmæssigt ønske om metode- eller personaleudvikling
- Konsultation som medarbejdernes eget redskab i forhold til at kunne afhjælpe manglende personale ved ferie og langvarig sygdom
- Konsultation som et økonomisk initiativ med henblik på besparelser
- Konsultation som en effekt af en ekstern konsulentrapport

Introduktion af konsultation i de øvrige kommuner

I alle de tre øvrige kommuner er konsultation som metode indledningsvist blevet introduceret som en del af et udviklingsprojekt set i relation til kommunens servicetilbud, og mens to af kommunerne efterfølgende har valgt at integrere metoden som et fast tilbud til forældre med børn under ét år, har sundhedsplejerskerne i den sidste kommune efter projektperiodens udløb fravalgt at arbejde videre med konsultation.

Den ene af de tre kommuner adskiller sig ved, at konsultation er blevet introduceret gennem et projekt, som sundhedsplejerskerne selv har taget initiativ til. Der er således tale om et *bottom-up-projekt*. Udgangspunktet i projektet har været et ønske om fortsat at vægte hjemmebesøg højt og samtidig tilbyde de såkaldt ressourcestærke familier, dvs. familier, der er veluddannede og i besiddelse af mange ressourcer, konsultation.

I begrundelsen for projektet lægges bl.a. vægt på, at hovedparten af forældrene i kommunen kan beskrives som ressourcestærke forældre, idet der dog også tages højde for, at dette selvfølgelig ikke udelukker problemer eller behov for råd og vejledning. Desuden opfattes projektet som et led i sundhedsplejerskernes egen faglige udvikling.

Intentionen er dels at frigøre ressourcer til familier, som har et ekstra behov, og til at etablere forskellige andre tilbud om sundhedspleje til disse, og dels at tilbyde sundhedspleje på en måde, som kan matche levevilkårene for den ressourcestærke familietype, der er vant til at styre og planlægge deres liv og selv søger viden. Denne forståelse af konsultation bygger på en opfattelse af forældre som nogen, der har ressourcer, og som kan (og vil) opsøge den hjælp, de har brug for og dermed er i stand til at foretage relevante sundhedsmæssige valg.

I de øvrige to kommuner er konsultationsprojekterne blevet til på baggrund af politisk/administrative forventninger, ønsker og dagsordener og kan således beskrives som *top-down-initiativer*.

I den ene kommune forstås pilotprojektet med sundhedshuset som ét initiativ (blandt andre), og det indgår som et delprojekt i forhold til et overordnet projekt. Som delprojekt skal sundhedshuset bidrage til at opfylde formål som:

- At tilpasse Sundhedstjenestens ydelser, så de harmonerer med brugernes efterspørgsel og behov samt understøtter deres ansvar for egen sundhed
- At imødekomme sundhedspolitikkens intentioner om bl.a. samarbejde og netværksdannelse i lokalsamfundet
- At medvirke til at skabe mindre ulighed inden for sundhed ved at frigøre ressourcer til differentierede indsatser i forhold til særlige målgrupper[88]

Målsætningerne beskrives bl.a. som noget, der knytter an til sundhedslovens grundlæggende bestemmelser, WHO's målsætning om sundhed for alle og

[88] Evaluering af projektet, januar 2011 (ikke-publiceret).

strukturreformens målsætninger om brugerinddragelse osv. Det overordnede projekt har dermed fokus på en organisering af kommunens sundhedsydelser, som ikke blot taler ind i og fortolker bestemmelserne i sundhedslovens kapitel om sundhedsydelser for børn og unge, men også ind i såvel internationale, nationale som lokale politiske og sundhedsfaglige målsætninger.

I den anden kommune har forvaltningen bedt sundhedsplejerskerne om at igangsætte et udviklingspilotprojekt med henblik på at afprøve muligheden for at omlægge nogle af hjemmebesøgene med besøg i klinikkonsultation. Tanken er at udfordre og metodeudvikle Sundhedstjenestens traditionelle ydelser til familier med børn fra 0-1 år.

Pilotprojektet har til formål:

- At undersøge, om tilsynet med barnets fysiske og psykiske helbredstilstand kan opfyldes ved en kombination mellem hjemmebesøg og konsultationsydelser på en sundhedsklinik
- At undersøge, om en kombination mellem hjemmebesøg og konsultationsydelser kan tilfredsstille børnefamiliernes efterspørgsel og behov samt understøtte deres ansvar for egen sundhed
- At undersøge, om denne kombination kan styrke sundhedsplejens faglige profil
- At undersøge, om denne kombination kan bidrage til en optimal udnyttelse af de faglige og økonomiske ressourcer, der er til rådighed i kommunen, herunder frigøre flere ressourcer til særlige behovsfamilier[89]

Pilotprojektet har således en række formål, som rummer flere facetter. Konsultation forstås som en metode, der i kombination og på lige fod med hjemmebesøg kan bidrage til udfylde sundhedspleje-opgaven på en måde, der knytter an til det, børnefamilier efterspørger og har behov for. Desuden ses projektet som et tiltag, der kan bidrage til at styrke sundhedsplejerskernes faglige profil. Endelig antager projektet et ressourceperspektiv med fokus på optimal udnyttelse af såvel faglige som økonomiske ressourcer.

Opsamling

Konsultation som en metode eller strategi i de forebyggende sundhedsydelser til børn under ét år og deres familier kan læses som effekt af en nordisk velfærdsmodel under

[89] Projektbeskrivelse (ikke publiceret).

pres, hvor ”New Public Management”-strategier umiddelbart har bidraget til at flytte opmærksomheden bort fra de sundsprofessionelle og deres særlige viden og kompetencer ved i højere grad at rette fokus mod selve opgaven, og hvordan denne opgave kan løses bedst muligt.

I forlængelse heraf refereres til begreber som effektiv ressourceanvendelse, kvalitet og øget brugerinvolvering. Det betyder, at sundhedsydelser forstås som varer, der måske/måske ikke efterspørges, forældre opfattes som forbrugere og som nogen, der både kan og vil tage et ansvar for barnet, og de sundhedsprofessionelle ses som nogen, der bl.a. skal være fleksible samt skal kunne (gen)overveje og redegøre for, hvordan deres faglige metoder kan bidrage til løsninger af de definerede opgaver. I forlængelse af dette kan konsultation ses som noget, der kan eller ikke kan bidrage til overvejelser omkring fagets metoder og til såvel metodeudvikling som sundhedspleje-faglig udvikling.

Analyserne af det empiriske materiale afslører, hvordan konsultation kan optræde i flere forskellige forståelser og udgaver inden for det sundhedsfaglige felt. Der ses således forskelle og nuancer i forståelserne af såvel metoden i sig selv som af den sammenhæng, metoden skal indgå i med henblik på at nå formulerede sundhedsmål.

Grundlæggende ses to forståelser af arbejdet med konsultation. Konsultation kan ses som en metode i sig selv. Konsultation optræder i den forstand som én metode blandt flere andre i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Konsultation kan imidlertid også forstås som noget, der - ud over at være én metode blandt andre - indgår som led i en sundhedscenter- eller sundhedshustankegang, som primært trækker på forståelsen af tværfagligt samarbejde, vidensdeling, samling af kompetencer og specialisering som veje, der er frugtbare at gå set i forhold til opgaveløsningen.

Fortællingerne om introduktionen af konsultation understreger, hvordan forståelserne af konsultation optræder i flere forskellige udgaver, som ikke blot går på tværs af de respektive kommuner, men også eksisterer inden for samme kommune. Det fremgår ikke klart, hvor ideen egentligt stammer fra, og mens historierne om introduktionen af konsultation kan fortælle noget om feltets forståelser af selve metoden *konsultation*, så fortæller de måske i lige så grad nogle historier om sundhedsplejerskes oplevelser af forandringer.

> ***Hvordan får jeg lige spist den? Og hvordan er det nu lige? Og hvad er det så lige, jeg har sagt? Og hvad er det så lige, vi siger nu? Og hvordan er det lige, du gør? Så jeg tænker lidt på samme måde, på konsultationer. Det er sådan noget, vi lige - eller jeg i hvert fald – skal, fordi jeg jo så ikke har gjort det så længe. Jeg skal smage på det***
> ***….***
> ***Det tager tid at smage på det og spise det, og så skal man nogen gange også være sulten, ikke også? (Gruppen griner)*** **(Fokusgruppeinterview 2).**

Trods de fire kommuners forskellige forståelser af og tilgange til konsultation som en metode i arbejdet med børn under ét år og deres forældre har de det til fælles, at nogle sundhedsplejersker i et eller andet omfang har gen- og/eller nytænkt sundhedsplejearbejdet i forhold til at nå de formulerede sundhedsmål. I den sidste del af dette kapitel vil jeg undersøge dette nærmere.

Faglige selvforståelser, som kommer til syne gennem arbejdet med konsultation som metode

Udgangspunktet i denne analyse af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser - således som de kommer til syne og udtryk gennem arbejdet med konsultation som metode i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn under ét år og deres forældre - er grundlæggende det samme som i det forudgående kapitel. Det betyder, at sundhedsplejerskernes faglige selvforståelser søges udredt gennem de samme tre kategoriseringer:

- Konsultation som produkt – hvor fokus er rettet mod forståelser af konsultation som ydelse, service eller tilbud

- Konsultation som lokalitet - hvor fokus er rettet mod forståelser af det fysiske sted og/eller rammen omkring aktiviteten

- Konsultation som arbejde - hvor fokus er rettet mod forståelser af det, som sundhedsplejersker gør - mod (de faglige) handlinger

Konsultation som produkt

Når der i forhold en undersøgelse af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser tages udgangspunkt i et fokus på konsultation som tilbud, ydelse eller service, fremgår det, at

sundhedsplejerskerne retter deres primære opmærksomhed mod barnet og de afgrænsede, præcise problemstillinger, der umiddelbart knytter sig til dette barn. Forældrene opfattes som nogen, der er i besiddelse af ressourcer, som nogen, der ringer for at aftale en tid, og som nogen, der er velforberedte og kender og/eller selv har en dagsorden på forhånd. I sundhedsplejerskernes beskrivelse er forældrene *klar* på en anden måde (end ved hjemmebesøg), og de ved, hvad de kan forvente (Fokusgruppeinterview 3).

Helt grundlæggende ser sundhedsplejerskerne forældre som nogen, der både kan og vil handle til barnets bedste, og som tager det, de vil have, og det, de har brug for. Selve konsultationstilbuddet beskrives som noget, der passer fint til de unge familier, der i sundhedsplejerskernes forståelse synes at være præget af en såkaldt shoppe- og/eller en zapper-kultur. Desuden er forældrene tilfredse, når de går hjem: *Der er rigtigt mange, der synes, at det er et fantastisk tilbud* (Fokusgruppeinterview 1).

Sundhedsplejerskerne i kommune F er dog ikke helt enige i denne positive fremstilling. De beskriver forældrene som nogen, der ønsker sundhedspleje, og som derfor er indstillet på at deltage i eller opsøge sundhedsplejens tilbud, uanset hvilken form den måtte have. I følge sundhedsplejerskerne foretrækker forældrene i pilotprojektet overvejende sundhedspleje i form af hjemmebesøg og forstår derfor primært tilbuddet om klinik som en forringelse.

Konsultation: Forskellige tilbud

Med fokus på konsultation som service eller tilbud ses forskelle mellem de fire kommuner. Konsultationen bliver således ikke planlagt og tilrettelagt ud fra de samme principper. Dette gælder f.eks. den fastlagte tidsramme omkring konsultationer. I kommune D, E og F har konsultationer den samme tidsmæssige ramme som et hjemmebesøg, dvs. ca. 45-60 minutter, inklusiv journalskrivning. I kommune C arbejder distrikt 2 efter en tilsvarende tidsramme i planlægningen og afviklingen af konsultationerne, mens distrikt 1 har en helt anden tidsmæssig ramme omkring deres konsultationer. Konsultationerne er her planlagt til at vare 30 minutter, og forældrene er ansvarlige for at bestille en tid på samme måde, som hvis de skulle til læge eller jordemoder. Der lægges især vægt på, at tiden er afsat til præcise og afgrænsede problemstillinger, som kan afhjælpes ved undersøgelse af barnet samt gennem et kortvarig og fokuseret dialog. Hvis familiens problemstillinger ikke kan indpasses i den afsatte tidsramme, vil det udløse en ny konsultation eller et hjemmebesøg afhængigt af, hvilken problemstilling der er tale om.

Der er heller ikke konsensus i de fire kommuner i forhold til, om konsultation er et tilbud til alle, eller om det er et tilbud til familier, som udvælges på baggrund af sundhedsplejerskens faglige vurdering i kombination med et vurderingsredskab som f.eks. Børnelinealen[90]. I kommunerne C, D og E fremhæver sundhedsplejerskerne, at den mindste bekymring vil udløse, at familien får et andet eller et nyt tilbud.

Mens der synes at herske en vis enighed om forståelsen af konsultation som et tilbud, der fortrinsvist er egnet i forhold til de såkaldt ressourcestærke familier, betyder det ikke nødvendigvis, at familier, som ikke kan kategoriseres som sådan, skal afholdes fra at få tilbudt konsultation. En af sundhedsplejerskerne, som arbejder i et såkaldt socialt belastet område, hvor der er mange familier med særlige behov, arbejder også med konsultation, når der vel at mærke er tale om præcise, afgrænsede og veldefinerede problemstillinger, f.eks. vægtkontrol eller anden opfølgning. Konsultation forstås som én metode blandt en række andre, sundhedsplejersken kan trække på i dette område med de særlige problemstillinger, som udspiller sig netop her. Det er formålet med mødet, som bliver det afgørende for, hvilket tilbud familien får.

Det er ikke helt entydigt, hvad det er, som kan udløse hjemmebesøg frem for konsultation i de sundhedsordninger, som arbejder med konsultation som en mulig metode. I én kommune er det først og fremmest forhold omkring mor, som f.eks. svær fødsel, sygdom osv., som udløser valget af hjemmebesøg, mens forhold omkring barnet i udgangspunktet udløser konsultation, dog med forbehold for problemstillinger som dårligt vejr, sygdom osv. I en anden kommune er det den konkrete problemstilling og sundhedsplejerskens bekymring, som udgør grundlaget for beslutningen.

I tre kommuner vægtes kontinuiteten højt, forstået på den måde at familien skal møde den samme sundhedsplejerske i både hjemmebesøg og i planlagte konsultationer. I den ene af kommunerne har man ud over de planlagte konsultationer hos en kendt sundhedsplejerske også indført det, som kaldes kvik-tid. Hvis familiens sædvanlige sundhedsplejerske ikke har mulighed for med kort varsel at tilbyde familien en ”akut” aftale, kan familierne få en aftale om konsultation hos en anden sundhedsplejerske. Her vil familiens akutte behov overtrumfe princippet om kontinuitet.

[90] Andy Højholdt beskriver Børnelinealen som et pædagogisk redskab til generelt brug i forbindelse med kommunikation mellem professionelle. Redskabet blev oprindeligt udviklet af socialrådgiver og familieterapeut Lis Hilgaard med henblik på at kunne vurdere børns trivsel og velvære. Det blev offentliggjort for første gang i bogen Social rådgivning og social behandling (Egelund & Hilgaard, 1993). Redskabet findes i mange udformninger (Højholdt, 2010, s. 202).

Et godt tilbud - en ny rolle

I den sidste kommune ses forskellige udgaver af konsultationstilbuddet, alt efter hvilket distrikt man retter opmærksomheden mod. Det ene distrikt fremhæver princippet om kontinuitet lige som sundhedsplejerskerne i de øvrige kommuner, mens det andet distrikt understreger, at der er tale om *et tilbud om sundhedspleje, ikke om sundhedsplejerske*. Hermed fremhæves en forståelse af selve det sundhedsfaglige arbejde som noget, der er personuafhængigt, og som betyder, at forældrene ikke nødvendigvis vil møde den sundhedsplejerske, som de kender fra det første etablerende hjemmebesøg. Her er der tale om en forståelse, der radikalt bryder med de fremherskende forståelser, som ellers udspiller sig inden for feltet.

Hovedparten af sundhedsplejerskerne, som har erfaringer med konsultation som metode, giver udtryk for, at konsultation (i forståelsen *supplement til hjemmebesøg*) er et godt tilbud, som forældrene i det store hele er tilfredse med. De oplever desuden, at konsultation er et tydeligere tilbud udadtil både i forhold til forældre og samarbejdspartnere. På den måde oplever de, at konsultation som ydelse, service eller tilbud øger sundhedsplejens synlighed.

Når fokus rettes mod perspektivet *konsultation som tilbud eller ydelse* skifter sundhedsplejerskens rolle. Hun oplever ikke sig selv som en ekspert, der ved mere end forældrene. Derimod oplever hun, at hun snarere er en slags konsulent eller en sparringspartner. Det betyder, at udgangspunktet for arbejdet først og fremmest er at levere det, som forældrene ønsker og/eller efterspørger, og først i det øjeblik, hvor forældre ikke efterspørger noget specifikt, kommer sundhedsplejerskens merviden på banen.

Opsamling – konsultation som produkt

Kategoriseringen konsultation som produkt fremhæver (ligesom det var tilfælde i forbindelse med hjemmebesøg som produkt), at der er tale om en ydelse, der primært retter sig mod barnet, og som har barnet i centrum. Sundhedsplejerskerne beskriver tilbuddet om konsultation som noget, der passer ind i unge familiers liv og livsstil, og som i den sammenhæng er et godt tilbud.

Forældrene beskrives som nogen, der velforberedte og målrettede. De er klar fra det øjeblik, de træder ind ad døren, og har dermed i sundhedsplejerskernes forståelser en klar forestilling om, hvad dette møde skal handle om. I forlængelse heraf kan konsultation

med afsæt i sundhedsplejerskernes beskrivelse opfattes som et tilbud, der forekommer at være mere tydeligt udadtil både i forhold til forældrene og sundhedsplejerskernes samarbejdspartnere, hvilket i et eller andet omfang også kan bidrage til at gøre sundhedsplejerskers ydelse, service eller tilbud mere synlige udadtil.

Sundhedsplejerskerne refererer til, at forældrene i de gennemførte brugertilfredshedsundersøgelser i store træk giver udtryk for, at de er tilfredse med ydelsen, samt at de får det, de kommer efter. Denne tilfredshed kan dog i nogle af sundhedsplejerskernes forståelse i højere grad læses som et udtryk for, at forældre er tilfredse med selve den service, sundhedsplejersken tilbyder, hvilket ikke bør forveksles med, at forældre nødvendigvis er tilfredse med den udformning, sundhedsplejerskens service eller ydelse aktuelt har. Spørgsmålet er her, hvad det egentligt er, forældrene udtrykker tilfredshed over, et spørgsmål der for øvrigt med lige så stor ret kan stilles i forhold til tilfredshedsundersøgelserne i tilknytning til hjemmebesøg.

Konsultation som ydelse optræder ikke som et ensartet tilbud i det empiriske materiale. Derimod ses en række forskellige udgaver af konsultation med forskelle f.eks. i tidsrammen omkring tilbuddet, i forståelserne af vigtigheden af at møde en kendt sundhedsplejerske, i opfattelsen af, hvad der kan udløse noget andet end konsultation, samt om det er sundhedsplejersken eller forældrene, der har ansvaret for, at der indgås en aftale.

Mens konsultation i sundhedsplejerskernes forståelser kan læses som en metode, der primært retter sig mod de såkaldt ressourcestærke forældre, så er der ikke helt konsensus omkring dette. Den sundhedsplejerske, som i det empiriske materiale er fortaler for, at konsultation også kan forstås som en mulig metode i forhold til forældre med særlige behov, fremhæver, at det må være problemstillingen, der er udslagsgivende for, hvilket tilbud familien skal have. I forlængelse heraf betragter sundhedsplejersker hovedsagligt konsultation som en ydelse, der er hensigtsmæssig og dermed har sin berettigelse i de situationer, hvor der er tale om præcist afgrænsede problemstillinger. I den forståelse ligger konsultation som ydelse i forlængelse af en risikoorienteret eller målrettet sundhedsstrategi.

Konsultation som lokalitet

Temaet lokaler, i forståelsen *det sted* eller *den lokalitet*, hvor konsultationerne finder sted, er et fremtrædende og tilbagevendende tema i det empiriske materiale. Når fokus rettes mod kategoriseringen af konsultation som sted eller lokalitet, træder stedet/lokaliteten således frem som noget, der i sundhedsplejerskernes forståelse tillægges en særlig betydning. Dette har inspireret til at se nærmere på selve det rum, konsultationen foregår i, og indretningen af det i de fire kommuner, som optræder i det empiriske materiale.

Konsultationsrum

Med henblik på lokaler eller konsultationsrum ses nogle markante forskelle i de fire kommuner. Mens nogle sundhedsplejersker i de respektive kommuner har konsultationer i et sundhedshus eller i et sundhedscenter i lokaler, der er indrettet til formålet, må andre sundhedsplejersker selv finde egnede lokaler, hvor konsultationerne kan udspille sig. Dette betyder, at konsultationer kan foregå på ret forskelige lokaliteter, f.eks. på lokalkontorer, på skoler, i kirker, i jordemoderens lokaler, i børneinstitutioner osv., og dermed ikke nødvendigvis i rum, som er specielt indrettet til formålet.

Det er heller ikke blot selve rummet og dets indretning, som kan give anledning til overvejelser og diskussioner. Også den geografiske placering i kommunen og betydningen af afstande set fra et forældreperspektiv opfattes af sundhedsplejerskerne som væsentlige og betydningsfulde faktorer i forhold til, hvorvidt forældrene vil eller ikke vil tage imod tilbuddet om sundhedspleje som konsultation. Jeg vil vende tilbage til dette tema senere i kapitlet.

Den ledende sundhedsplejerske i kommune C fortæller, at tanken om et sundhedshus ikke er helt ukendt i kommunen, men ideerne og de konkrete tiltag i forhold til etableringen af sundhedshuse i kommunen inkluderer ikke på nuværende tidspunkt sundhedsydelser til børn og unge. I såvel distrikt 1 som distrikt 2 har de rum eller lokaler, hvori sundhedsplejerskernes konsultation finder sted, en anden primær funktion. Det betyder, at rummet for en stund kommer til at antage en ny form og bliver omdannet til et konsultationsrum, og at det efterfølgende vender tilbage til den oprindelige form.

Konsultationsrummet i distrikt 1 fungerer egentligt som kontor for områdelederen. Det bliver transformeret til et konsultationsrum ved tilføjelse af nogle ganske få redskaber som f.eks. puslepude, elektronisk vægt og/eller bismervægt, målebånd, desinfektionsmiddel osv. Desuden anbringes 1-2 stole ved siden af skrivebordet. Dermed

indrettes rummet midlertidigt på en måde, der kan lede tanken hen på et besøg hos en læge eller hos jordemoderen.

Figur 23 Konsultationsrum – kommune C, distrikt 1 (eget foto)

I distrikt 2 finder og skaber de respektive sundhedsplejersker hver især deres eget konsultationsrum på lokalkontoret, på skoler, i børnehaver, i kirker eller lignende. En af sundhedsplejerskerne holder sine konsultationer i mødelokalet på lokalkontoret.

Figur 24 Konsultationsrum, kommune C, distrikt 2 (eget foto)

I modsætning til det ret lille, lidt mørke kontor er der her tale om et stort og lyst rum med mange vinduer. Hjørnet er specielt indrettet med henblik på at arbejde med konsultation. Her er opsat et hjørnebord, hvor sundhedsplejersken kan undersøge og veje barnet, og der er hængt legetøj op, som barnet kan kigge på. Det ovale bord med de tilhørende stole, en

lænestol, grønne planter og billeder på væggen bidrager til, at rummet frem for at ligne en lægekonsultation i højere grad synes at efterligne et hjem.

En anden sundhedsplejerske i distrikt 2 arbejder i et område, der beskrives som socialt belastet. Hun holder konsultation i et slags medborgerhus, som ejes af et boligselskab. I medborgerhuset er der en række aktiviteter og projekter, som ikke blot retter sig mod børn og deres forældre, men også mod andre aldersgrupper og problemstillinger. På den måde knytter konsultation som metode an til et lokalt samfundsprojekt med henblik på borgere, som har nogle særlige behov og/eller særlige udfordringer.

Dette medborgerhus har det tværfaglige samarbejde til fælles med et sundhedscenter, men hvor sundhedscenteret primært har viden og kompetencer om sundhedsmæssige forhold som sit hovedfokus, synes medborgerhuset i højere grad at være rettet mod de sociale forhold.

Figur 25 Konsultationsrum, kommune C, distrikt 2 (eget foto)

I de to kommuner, hvor konsultation indgår som et led i en sundhedshus- eller sundhedscentertankegang, er der en anden opmærksomhed på selve konsultationsrummet. Her er rummet specifikt indrettet med henvisning til, hvem der skal komme, og hvad der skal foregå i rummet. Ligesom i de ovenstående konsultationsudgaver optræder puslepuden, vægten og målebåndet som væsentlige arbejdsredskaber i begge disse versioner af konsultationsrummet, men som det fremgår af de nedenstående billeder, ses der også forskelle i indretningen.

Børnesundhedshuset er etableret i en gammel villa. Sundhedsplejerskerne deler dette hus med *Legeteket*. Der er tydelige henvisninger til dette i rummene, hvor legetøj og bøger til børn i forskellige aldre dels er en del af selve indretningen og dels opbevares mere eller mindre synligt på hylder og i skabe. Centralt i rummet ses det store bord, som både kan fungere som undersøgelsesbord og som arbejdsbord for sundhedsplejersken, men med kopper, stearinlys og køkkenrulle på bordet henvises også til noget, der kunne ligne ”hjemlig” hygge.

Figur 26 Konsultationsrum i kommune D (eget foto)

I kommune E har sundhedshuset en yderst central placering i byen, og selvom sundhedsplejerskerne indledningsvist er blevet pålagt at arbejde med konsultation, er de også blevet taget med på råd omkring indretningen af huset og konsultationsrummene og har dermed haft indflydelse på f.eks. valg af farver, møbler osv.

Det betyder, at indretningen af rummene tager hensyn til sundhedsplejerskernes arbejde i forhold til:

- Undersøgelsen af barnet, som kan foregå på puslebordet eller på den røde fitnessmåtte på gulvet
- Samtalen med forældrene, som kan foregå i stole - væk fra skrivebordet
- Det administrative arbejde, f.eks. journalskrivning, som kan foregå ved skrivebordet

Sundhedshuset bliver opfattet og beskrevet som noget, der er blevet et *levende hus*. Den centrale geografiske placering har gjort det muligt at lade det være et åbent hus, hvor

mødre kan komme ind fra gaden, hvis de alligevel er ude og shoppe. De fysiske rammer gør det muligt at være her og amme barnet i fred og ro.

Figur 27 Konsultationsrummene i kommune E (eget foto)

Gæst i eget rum

Kommune F har fundet konsultationsrummene til deres pilotprojekt i et dagplejehus. Selvom huset har mange referencer til målgruppen, dvs. små børn, og derfor også kunne trække på en slags centertankegang, slår dette ikke igennem i praksis. Sundhedsplejerskerne oplever først og fremmest, at de er gæster i dagplejehuset. De har fået tildelt nogle bestemte tider i huset, hvor det ikke anvendes af dagplejen, hvilket betyder, at sundhedsplejerskerne føler sig som ”gæster” i huset og ikke som samarbejdspartnere. De må indordne sig under de gældende husregler, der f.eks. betyder, at rummene skal efterlades på en helt bestemt måde.

Dermed har de ikke haft indflydelse på indretningen af de rum, som deres arbejde skal udføres i, hvilket betyder, at sundhedsplejerskerne oplever, at de fysiske rammer for klinikken er en udfordring i forhold til at opnå kvalitet i vejledningen. Der fremhæves en række forhold, f.eks.:

- Indretningen gør det svært at vejlede i ammestillinger
- Rummet er koldt, hvilket gør det problematisk at undersøge barnet
- Manglende mulighed for internetopkobling gør det vanskeligt at udnytte tiden optimalt
- Tilrettelæggelsen med faste dage har vanskeliggjort fleksibilitet

Manglende mulighed for fleksibilitet har gjort det nødvendigt at anvende alternative lokaler (f.eks. på skolerne).

Figur 28 Kommune F, på besøg i lånte lokaler (eget foto)

Når fokus rettes mod kategoriseringen af konsultation som *lokalitet*, fremhæver sundhedsplejerskerne - ligesom det var tilfældet ved kategoriseringen af hjemmebesøg

som *lokalitet* - relationen mellem sundhedsplejersken og familien, men de gør det på en lidt anden måde. I konsultationen er det familien, der foretager bevægelsen gennem døren og hen over dørtrinet og dermed bliver sundhedsplejerskens gæster. Dette betyder i sundhedsplejerskernes forståelser, at rolle- og ansvarsfordelingen er meget klar: *Vi lægger linjen for, hvordan vi tager imod. De er gæster* (Fokusgruppeinterview 3).

Det nemme og bekvemme for forældre bliver også fremhævet her, igen med en lidt anden vinkel. Forventningen til forældrene er, at de møder op, og ved at komme i konsultationen skal forældrene ikke leve op til egne forventninger, *De skal ikke bage boller og støvsuge. De skal ikke tænke på alt muligt andet* (Fokusgruppeinterview 3).

At forældrene skal flytte sig og selv skal gøre noget for at opnå sundhedsplejerskernes service eller tilbud, kan imidlertid også forstås som noget, der er logistisk og transportmæssigt besværligt for forældre. I nogle af sundhedsplejerskernes forståelser er den geografiske placering af ydelsen en uoverkommelig forhindring for nogle forældre (eller kan vise sig at være det), hvilket kan betyde, at de fravælger (eller vil fravælge) tilbuddet. Andre sundhedsplejersker ser konsultationen som noget, der passer perfekt ind i de unge forældres verden. Der er således ikke konsensus omkring betydningen af konsultationstilbuddets geografiske placering i kommunen.

Konsultation kan læses som noget, der kan gøre sundhedsplejerskernes arbejde nemmere. Mens den ene gruppe henviser til dette med slet skjult ironi: *vi skal ikke ud i alt slags vind og vejr* (Fokusgruppeinterview 2), så understreger den anden gruppe, at: *Det er nogle gange nemmere at komme til at se på barnet – der er ikke så meget "støj"*. De kan nemmere og hurtigere komme i gang med det, som det handler om: *De kommer ind med det samme – der er ikke den der "small talk" til at varme op til besøget* (Fokusgruppeinterview1).

Opsamling – konsultation som lokalitet

Sundhedsplejerskerne i det empiriske materiale er meget optaget af temaet lokaler og tillægger lokalerne stor betydning, ikke blot set i forhold til den ydelse/service, de tilbyder, men også i forhold til det daglige arbejde med ydelsen. De henviser til lokalet både i argumentationen for og imod konsultation som metode i arbejdet med børn under ét år og deres forældre.

I de fire kommuner ses store forskelle på forståelserne af lokaler, samt hvordan disse er tænkt ind i og optræder i organiseringen af sundhedsydelserne. I de kommuner, hvor

konsultation er led i en sundhedscentertankegang, er lokalerne i udgangspunktet specifikt indrettet til formålet, og sundhedsplejerskerne har i et eller andet omfang været inddraget i indretningen.

Heroverfor ses i de kommuner, som primært tænker på konsultation som en metode i sig selv, flere forskellige udgaver af et konsultationsrum. Det gennemgående tema er her, at sundhedsplejerskerne i et eller andet omfang selv har måttet finde egnede konsultationsrum, samt at disse rum i udgangspunktet ikke er indrettet til formålet, men derimod bliver konstitueret som konsultationsrum for en kort periode, hvorefter lokalerne vender tilbage til den egentlige funktion.

De performative analyser peger på, at konstitueringen af et konsultationsrum ikke blot handler om geografiske afstande og om at tilføje bestemte ting og arbejdsredskaber. Der skal noget mere til. De forskellige tilgange til konsultationsrum fremhæver, hvordan der er meget forskellige betingelser for arbejdet med konsultation. Mens nogle sundhedsplejersker kan skabe et (blivende) sundhedsplejerske-konsultationsrum, der adskiller sig fra en lægekonsultation, må andre kontinuerligt flytte ind og ud, og mens nogle af disse nomade-sundhedsplejersker har muligheden for at skabe en slags blivende position i rummet, må andre starte forfra og generobre deres position, hver eneste gang de møder ind.

I kategoriseringen af konsultation som lokalitet fremhæves relationen mellem mor/familie og sundhedsplejerske (også), og igen rettes opmærksomheden mod de roller, de hver især indtager. Konsultationen kan - ligesom hjemmebesøget – i sundhedsplejerskernes forståelse betragtes som noget, der er nemt og bekvemt for familien, med henvisning til at de ikke skal påtage sig værtskabet og dermed sørge for alt muligt. I konsultationen er det barn og familie, der er gæster, og sundhedsplejersken, der er værten og inviterer ind. Det er således bl.a. de klare retningslinjer for mødet og det faktum, at man kan gå direkte til sagen, som i sundhedsplejerskerne forståelser gør konsultation til et godt tilbud og en hensigtsmæssig strategi.

Konsultation som arbejde

I alle fire kommuner skal den indledende aktivitet i sundhedsplejerskens arbejde med børn under ét år i udgangspunktet være et hjemmebesøg. Det er således først efter et etablerende hjemmebesøg, at konsultation som metode kan komme på tale.

De fleste sundhedsplejersker i de fire kommuner beskriver netop kombinationen af hjemmebesøg og konsultation som fleksibel, hvilket de anser for at være en fordel. I kommune C, D og E understreger sundhedsplejerskerne, at de har mulighed for at aflægge hjemmebesøg i de tilfælde, hvor de vurderer, at konsultation af en eller anden grund ikke er hensigtsmæssig, og de giver udtryk for, at de kan aflægge alle de hjemmebesøg, de finder relevante, så længe de har faglige begrundelser for det.

Overvejelser og diskussioner dels af, hvad behov er, og dels af, hvilke faglige begrundelser der ligger bag sundhedsplejerskens vurderinger og de foretagne valg, fremhæver sundhedsplejerskerne som noget, der er betydningsfuldt, og som noget, der især styrker deres egen faglighed. Den øgede opmærksomhed på kravet om eksplicit formulerede faglige begrundelser for de foretagne valg har i deres egen forståelse bidraget til, at de samlet set er blevet mere skarpe på, hvad det er, de skal og kan.

I kommune F synes sundhedsplejerskerne ikke at have helt den samme oplevelse af fleksibiliteten mellem de to metoder. Såvel loyaliteten som en mangel på samme i relation til det igangværende pilotprojekt kunne her læses som forhold, der kunne have betydning for forståelsen af fleksibilitet i arbejdet (eller mangel på samme). Fleksibilitet kan således både forstås som noget overvejende positivt og som noget, der mangler - og dermed som noget negativt - alt efter den lokale sammenhæng, diskussionen indgår i, og de ”Agential Cuts”, som feltet laver.

Se og blive set

Ligesom i det foregående kapitel er det især det ”at se”, der fremtræder som noget væsentligt i sundhedsplejerskernes faglige selvforståelser, men her tilføjes det ”at blive set”, dvs. sundhedsplejerskens egen synlighed.

I forbindelse med arbejdet i sundhedscentrene og i teams fører sundhedsplejerskernes forståelse til en vis synlighed set i forhold til, hvor de er, og hvad de laver. Dette beskriver nogle af sundhedsplejerskerne som noget, der var *en hurdle* i starten af projektet, men som også kan vendes til noget, der opfattes som positivt. Frem for at forstå synligheden som en øget mulighed i forhold til kontrol af sundhedsplejerskerne og deres arbejde oplever de det som noget, der skaber muligheder for gensidig omsorg og for at støtte og hjælpe hinanden: *Det er faktisk meget rart, at man ved, at der er nogen, der bekymrer sig om og har styr på, hvor man er* (Fokusgruppeinterview 3).

Som faggruppe oplever de at være blevet mere ”*synlige*” i det kommunale landskab, og de beskriver, hvordan de er blevet mere ”*fagligt skarpe*” gennem supervision og en række nødvendige, faglige diskussioner. Endeligt fremhæver de - som det også blev nævnt i foregående afsnit - at deres virksomhed synes at træde mere tydeligt frem for såvel forældrene som for de kommunale samarbejdspartnere.

Hvad vi ikke kan se

Konsultation som arbejde og faglig handling åbner ikke de samme muligheder for at udvide observationerne til forhold, der ligger ud over barnets (og mors/familiens) umiddelbare fremtræden. Dette sætter i sundhedsplejerskernes forståelse nogle naturlige grænser for, hvad de har mulighed for at finde ud af og få at vide. Deres konklusion er imidlertid, at dette har ført til en revurdering af, hvad der er nødvendigt at vide for at kunne udføre arbejdet, og de er nået frem til, at de ikke behøver at vide en masse.

Med konsultation som arbejde og faglig handling/aktivitet fremhæves således grænser for at se og at vide: *Der er noget, vi ikke får set. Det er et spørgsmål om, hvem familierne vil dele det med. Det er deres eget valg* (Fokusgruppeinterview1).

Afgrænsningen og præciseringen af genstandsfeltet for deres arbejde bidrager i sundhedsplejerskernes forståelse til at styrke fagligheden. Ved at spørge ind til: *Hvad kommer du for? Hvad skal vi fokusere på?* skæres *alt det andet* væk i konsultationsarbejdet. Dette bidrager til oplevelsen af at føle sig mere professionel og en konstatering af, at: *Vi behøver måske ikke at have den der helhed* (Fokusgruppeinterview 1).

Med konsultationen behøver forældrene således ikke at vise alt, hvilket betyder, at nogle af sundhedsplejerskerne giver udtryk for, at de savner det sansemæssige, mens andre er bekymrede i forhold til, om de er i stand til at kunne opdage en tilstand som f.eks. fødselsdepression og/eller efterfødselsreaktion på klinikken[91].

Forståelsen af forældre og deres problemstillinger

Med kategoriseringen konsultation som arbejde rettes fokus også mod betydningen af begrebet tillid og mulighederne for at opnå en tillidsfuld relation. Hvor det i

[91] Mens fødselsdepression er en egentlig lægefaglig diagnose, knytter efterfødselsreaktioner sig i højere grad til forventede (normale) reaktioner. Set i forhold til betydningen af mor-barn-relationen og samspillet mellem mor og barn set i forhold til barnets trivsel anses det inden for feltet for at være væsentligt at få et indblik i moderens mentale tilstand. Et konkret redskab til dette er screeningsredskaber som f.eks. den så-kaldte Edinburgh-skala eller Gotlandsskalaen.

hjemmebesøget er familien, som i et eller andet omfang skal føle eller udvikle en vis tillid til sundhedsplejersken, er forholdet imidlertid som udgangspunkt omvendt i konsultationen. Her handler tillid om, at sundhedsplejersken har eller udvikler tillid til, at forældrene kan og vil tage ansvaret for barnets trivsel og udvikling.

At arbejde med konsultation som metode medfører således også en særlig opmærksomhed på forståelsen af relationen mellem forældrene og sundhedsplejerskerne, men på en anden måde. Konsultationen er sundhedsplejerskernes *banehalvdel*. De er værterne, og forældrene er gæster. Konsultation indebærer dermed en tilgang til forældrene, hvor sundhedsplejerskerne må stole på forældrenes dømmekraft, og at de *tager* det, de har *brug for*. Sundhedsplejerskerne fortæller, at de skal *turde give slip og stole på*, at forældrene tager kontakt, når de har behov for det, og - ligesom det var tilfældet i forståelserne af hjemmebesøg - knyttes an til sundhedsplejerskernes oplevelser af ansvar og ansvarlighed og ikke mindst angsten for at overse noget. I forlængelse heraf fremhæver sundhedsplejerskerne antallet af kontakter som noget væsentligt i arbejdet, frem for om mødet foregår på den ene eller den anden lokalitet. Endeligt er det sundhedsplejerskernes oplevelse, at de er blevet skarpe på, hvem der kan visiteres til konsultation. De har især lært at håndtere, hvis der er noget andet på spil, som ikke kommer helt tydeligt frem, eller hvis familien har problemstillinger, der ikke egner sig til konsultationsmodellen.

Sundhedsplejerskernes erfaring er, at forældrene tager kontakt, når de har brug for sparring. Mange familier kan selv opsøge den viden, de har brug for, og her er opgaven ikke at formidle viden, men at guide netop denne familie i forhold til, hvad der er bedst for deres barn. Forældrene virker ifølge sundhedsplejerskerne til at være tilfredse med konsultationstilbuddet. De giver i hvert fald udtryk for, at de fik det, de kom for. Dette kombineret med, at sundhedsplejerskerne oplever at have *en mavefornemmelse*, som er på samme niveau som ved hjemmebesøgene, betyder, at introduktionen af konsultation som metode ikke har gjort tilbuddet dårligere efter sundhedsplejerskernes mening. De henviser til, at de foretagne evalueringer heller ikke har fundet væsentlige forskelle i succesrate og forældrenes tilfredshedsgrad.

Selvom sundhedsplejerskerne generelt giver udtryk for bekymring om betydningen af ikke at kunne se det samme i konsultationstilbuddet som i hjemmet, så er der også nogle af dem, som oplever, hvordan det at se mødre et andet sted og i en anden sammenhæng end derhjemme, f.eks. i mødregruppen, konsultationen eller ved åbent hus, kan bidrage

til, at man som sundhedsplejerske bliver overrasket og får et helt andet indtryk af den pågældende mor. På den anden side er der også sundhedsplejersker, som giver udtryk for en bekymring dels for, om de vil være i stand til at varetage tilsynsfunktionen uden at komme så meget i hjemmet som tidligere og dels for, om forældrene vil kunne skelne konsultations- eller klinikbuddet fra det, som den praktiserende læge kan tilbyde.

Konsultationstankegangen trækker på den ene side på forståelsen af, at forældre i udgangspunktet har autonomi i form af selvbestemmelse, hvilket i øvrigt også fremhæves af sundhedsloven. Der er dog ikke tale om et egentlig frit valg, hvor forældre kan frit kan vælge mellem forskellige tilbud som f.eks. konsultation og hjemmebesøg.

Arbejdet som sundhedsplejerske

Med de forskellige forståelser af konsultation som en metode i sig selv og/eller som noget, der udspiller sig i tilknytning til sundhedshus- eller sundhedscentertankegangen, følger også forskellige forståelser af, hvilken betydning konsultation har for/i selve arbejdet som sundhedsplejerske.

I hjemmebesøget arbejder sundhedsplejersker i udgangspunktet alene, idet hver sundhedsplejerske typisk har ansvaret for sit eget distrikt. Sundhedsplejerskernes arbejde med børn under ét år udspiller sig i den forstand i nogle parallelle spor, som ikke umiddelbart vil krydse hinanden. Indimellem møder sundhedsplejersken dog de øvrige kolleger i forbindelse med aktiviteter som f.eks. telefontid og møder. Sundhedscenteret skaber nogle andre muligheder og betingelser for samarbejdet mellem sundhedsplejerskerne i det daglige arbejde.

Sundhedsplejerskerne i sundhedscenteret fremhæver, at de om nødvendigt kan overtage hinandens arbejde. Denne mulighed foreligger også, når hjemmebesøget er den foretrukne metode. Det, som er anderledes her, er, at denne mulighed bliver fremhævet som noget særligt, ligesom muligheden for at få en kollega til ”at kigge med” også forstås som noget særligt og som noget positivt, der udspringer af arbejdet med konsultation, når det foregår i et sundhedscenter. Sidstnævnte pointe trækkes især frem af de sundhedsplejersker, som er nyuddannede:

> *Som nyuddannet der er det simpelthen så godt at have konsultationer. Så er der en anden, der har kigget på dem. Det åbner op for, at man kan få lov til at se lidt ind på de andres områder, hvor man ikke bare er sig selv* (Fokusgruppeinterview 1).

De nyuddannede sundhedsplejersker ser konsultationstanken positivt på to måder. Dels åbner arbejdet med konsultation i et center muligheden for at dele ansvaret med en mere erfaren kollega, og dels bliver det muligt i højere grad at se, hvordan de mere erfarne sundhedsplejersker griber arbejdet an.

Sundhedsplejerskerne fremhæver netop det at arbejde tæt sammen og have mulighed for at drøfte problemstillinger med kolleger flere gange i løbet af dagen som noget særligt. Det beskrives som *et kæmpe plus.* Ud over, at de oplever, *at man er mindre ensom* end tidligere, fremhæver de den faglige sparring og arbejdet i teams, der fysisk mødes og arbejder dør om dør på det samme sted, som noget, der har styrket dem i forhold til egen faglighed. Desuden beskriver de, hvordan der er kommet en større *åbenhed* i arbejdet, og at dette arbejde er blevet mindre privat. Tilsammen fremstilles dette i sundhedsplejerskernes forståelser som noget, der har bidraget til, at de i højere grad har kunnet synliggøre og/eller tydeliggøre udadtil, hvilke forventninger der kan stilles til sundhedsplejen og sundhedsplejersken. Ud over den monofaglige sparring fremhæver de også den tværfaglige sparing med fysio- og ergoterapeuterne som noget, der er særlig frugtbart.

Arbejdet med konsultation tvinger dem i sundhedsplejerskernes forståelse til at foretage en lang række overvejelser og valg set i relation til forhold som f.eks. rammerne for og indholdet og prioriteringerne i mødet mellem forældre og sundhedsplejerske. Den faste struktur med en klart defineret tidsramme betyder f.eks., at sundhedsplejerskerne føler/har følt sig begrænsede eller fastlåste af tidsfaktoren, hvorimod de i hjemmebesøgene oplever at have en form for elastik.

Tidsfaktoren i forhold til konsultation gør bl.a., at sundhedsplejerskerne oplever, at de har måttet *øve sig i at arbejde på en anden måde* (Fokusgruppeinterview 3). Her fremhæves vigtigheden af hurtigt at få sat en dagsorden for mødet. Med til historien om at føle sig fagligt mere skarp hører således en beskrivelse af at *komme hurtigere ud af busken,* gå *lidt hurtigere til biddet* (Fokusgruppeinterview 1 og 3) og spørge lidt mere *direkte* ind til de problemstillinger, som kan give sundhedsplejerskerne anledning til opmærksomhed eller bekymring, f.eks. hvis de mærker, at her er der én, der har det skidt.

Udfordringerne i arbejdet med konsultation

I distrikt 2 i kommune C er arbejdet med konsultation ikke blevet sat i system på samme måde som i distrikt 1. Sundhedsplejerskerne tilbyder hver især konsultation til deres "egne" familier. Konsultationen kan foregå der, hvor sundhedsplejersken har kontortid, men det kan også foregå i sundhedsplejerskens lokalområde på skoler, i kirker osv. Da de også skal tilbyde åbent hus, baby-træf og ikke mindst hjemmebesøg, er det ret vanskeligt for dem at få hele puslespillet til at gå op.

Denne gruppe har således flere forskellige forklaringer på, hvorfor det er vanskeligt at tilrettelægge arbejdet, når konsultation skal indgå som en metode:

- Vanskeligt at finde egnede lokaler
- Der er (for) store afstande i distriktet
- Det er besværligt for forældrene
- Nedsat arbejdstid besværliggør arbejdet – der er også mange andre ting, som skal nås
- Vandskade i de planlagte lokaler
- Andre opgaver i form af projekter
- Har endnu ikke fået sat det i system

Der er dog én af de sundhedsplejersker, der arbejder med konsultationstilbuddet, som oplever, at hun kan få det til at fungere hensigtsmæssigt i praksis. En anden skal lige have overstået et projektforløb. Så skal hun i gang.

Selvom sundhedsplejerskerne i kommune D i udgangspunktet ikke har været specielt begejstrede for udsigten til at skulle lave konsultationer i et sundhedshus, så oplever disse sundhedsplejerskerne alligevel, at der *har været en styrke i det her.* De trækker en skillelinje mellem sundhedshustankegangen, hvor det er arbejdet i teams i relation til opgaven, som er i fokus, og konsultation som metode, hvor der kobles til en række faglige overvejelser i forhold til opgaven, og hvordan denne opgave skal/kan løses på hensigtsmæssige måder.

Sundhedsplejerskerne understreger, at

> *Grunden til, at sundhedshuset blev oprettet, var ikke, fordi det skulle udnyttes til så få kontakter. Den besparelse, som kom for 2 år siden er kommet oven, er desværre, fordi kommunerne fattes penge, og vores kommune skal spare rigtigt mange millioner over det næste år. Som udgangspunkt har det ikke noget med*

sundhedshustanken at gøre overhovedet. Og det kan man nemt komme til at tro, hvis man ikke ved lidt mere om det. (Fokusgruppeinterview 3).

Citatet fremhæver, hvordan politisk-økonomiske dagsordner med forventninger om bæredygtige løsninger i et eller andet omfang kan være en drivkraft bag sundhedsplejerskernes arbejde med nye metoder, men også, at der er flere bevægelser i spil på samme tid, side om side, og at de koblinger, der umiddelbart laves mellem det, der udnævnes til at være årsag, og det, som fremstilles som virkning, kan vise sig at være simplificerede.

Set fra deres synspunkt har kritikken af og diskussionerne omkring deres projekt fundet sted på et forkert grundlag. Der har været økonomiske stramninger i kommunen, som har givet anledning til at revidere og skære i kommunens basistilbud til børn under ét år og deres forældre. Denne stramning er imidlertid også slået igennem i kommunens øvrige distrikter, hvor man ikke har arbejdet med sundhedshus og konsultation. På den måde er der ikke et simpelt, lineært forhold mellem årsag og virkning, mellem økonomi og konsultation. Disse sundhedsplejersker stiller derfor spørgsmålstegn ved, om kritikerne har sat sig tilstrækkeligt grundigt ind i, hvad projektet faktisk går ud på, og henviser til, at projektet er blevet evalueret flere gange.

Opsamling - konsultation som arbejde

Når opmærksomheden rettes mod kategoriseringen af konsultation som arbejde bliver det væsentligt at skelne mellem arbejdet med konsultation som et supplement til hjemmebesøg i sig selv og arbejdet med konsultation i et sundhedscenter.

Sundhedsplejerskerne fremhæver især fleksibiliteten i arbejdet med konsultation som et supplement til hjemmebesøg som noget væsentligt, og de oplever denne fleksibilitet i valget mellem metoder som noget overvejende positivt. Der er imidlertid også sundhedsplejersker, der ikke umiddelbart kan genkende en sådan fremstilling, men derimod oplever det modsatte, at kravet om at arbejde med konsultation bidrager til at gøre planlægningen og organiseringen af de samlede arbejdsopgaver besværligt.

Arbejdet med konsultation betyder, at noget skæres væk - især sundhedsplejerskernes muligheder for at se og sanse - og at der sættes nye grænser for, hvad sundhedsplejersker potentielt kan samle data omkring. Dette giver anledning til en række overvejelser og

diskussioner blandt sundhedsplejerskerne, f.eks. om hvor meget viden om familien, selve opgaven egentligt fordrer. I forlængelse heraf fremhæver sundhedsplejerskerne deres forståelse af at være blevet mere fagligt skarpe.

Den nye metode/strategi fordrer, at arbejdet med opgaven må revurderes og omdefineres med henblik på at kunne arbejde på den nye måde. Især to forhold gør sig gældende. Det ene forhold er nødvendigheden af en revurdering af forståelsen af ydelsen, dens indhold og rækkevidde, når mulighederne for at se og for at indsamle viden begrænses. Det andet forhold er kravet om de faglige vurderinger og begrundelser i relation til de tilbud, familierne får. Denne revurdering af opgaven og arbejdet, som følger af introduktionen af konsultation, bidrager til, at sundhedsplejersker oplever, at de er blevet mere fagligt skarpe og i forlængelse heraf også i højere grad oplever at være i stand til eksplicit at kunne begrunde valget af metode set i forhold til opgaveløsningen.

Mens arbejdet i teams i et sundhedscenter muliggør en øget kontrol med sundhedsplejerskerne og deres arbejde, så har det alligevel også i sundhedsplejerskernes forståelser en række fordele. Disse fordele ligger i forlængelse af, at samarbejdet med egen faggruppe og de tværfaglige samarbejdspartnere er noget, der styrker fagligheden. Arbejdet i teams giver især mulighed for faglig sparring og for at kigge hinanden over skulderen. Dette bidrager til følelsen af større åbenhed samt af at være mere professionelt og fagligt skarp. På denne måde bliver sundhedspleje-arbejdet mindre ensomt og i højere grad et fælles projekt frem for at være den enkelte sundhedsplejerskes eget projekt.

Men jeg synes også, at konsultationerne fungerer godt

Selv om konsultation i udgangspunktet taler ind i ”New Public Management”-strategier, vil det være en simplificering af et ellers komplekst fænomen at påstå, at indførelsen af konsultation som metode og/eller strategi i en praksis, hvor hjemmebesøget har en meget høj og nærmest indiskutabel status, udelukkende skal læses som en følge af et velfærdssamfund under pres.

Når det er sagt, har politisk-administrative fænomener naturligvis også en vis betydning og effekt set i forhold til konsultation og introduktionen af denne i sundhedsplejerskers arbejde. F.eks. er det interessant, hvordan mødregrupper, som i dag indgår som et tilbud i langt de fleste danske kommuner, tidligere blev opfattet som en så stor trussel mod hjemmebesøget, at der, som tidligere nævnt, blev taget initiativ til at styrke hjemmebesøgets position (og sundhedsplejerskerne) gennem lovgivningen i 1995.

Begrebet konsultation er (ligesom begreberne sundhedspleje og hjemmebesøg) et vidt begreb, hvilket betyder, at konsultation som metode i sundhedsplejerskers arbejde med børn under ét år bliver forstået forskelligt, tænkt ind i forskellige sammenhænge og anvendt på flere forskellige måder.

Sundhedspleje-arbejdet med konsultation som metode i forhold til børn under ét år og deres familier fordrer (gen)overvejelser i forhold til, hvad sundhedsplejerske-opgaven er eller skal være, og hvad formålet er med den. Desuden fordrer forandringer i arbejdet en række overvejelser i forhold til, hvordan sundhedsplejerskers forståelser af god faglighed og kvalitet kan bidrage til løsningen af opgaven under hensyntagen til de aktuelle vilkår og betingelser, hvor fagets egenart og værdier ikke ukritisk forkastes, men genovervejes og videreudvikles. I det afsluttende kapitel vil jeg bl.a. beskæftige sig med dette perspektiv.

Kapitel 9

Vi saver den gren over, vi selv sidder på

Sundheds- og sygeplejelitteraturen beskriver, hvordan sundhedsplejersker i lighed med andre udøvere af sundheds- og sygepleje i den primære sektor tilsyneladende har en vag og usikker faglig identitet. Denne ph.d. afhandling følger imidlertid et lidt andet spor. Udgangspunktet er her, at sundhedsplejerskernes grundlæggende problem i højere grad knytter sig til de vanskeligheder, sundhedsplejersker kan have med at redegøre for effekten af deres arbejde set i forhold til børns sundhed på måder, så også ikke-sundhedsplejersker kan forstå det.

I en tid, hvor riget fattes penge, og hvor New Public Management strategier udfordrer den nordiske velfærdsmodel ved at ny-fortolke og omdefinere opgaverne og det sundhedsprofessionelle arbejde med disse opgaver (Bjornsdottir, 2008; Dahl, 2005; Järvinen & Mik-Meyer, 2012), kan et fag som sundhedspleje, som har problemer med at artikulere egen faglighed, komme under yderligere pres set i forhold til en fortsat eksistensberettigelse.

Når den politisk-administrative opmærksomhed i højere grad rettes mod opgaver og opgaveløsning med særligt henblik på effektiv ressourceanvendelse, brugerinddragelse, transparens og kvalitet fremfor at være rettet mod sundhedspleje-fagets særlige faglighed og viden, udfordres sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. Den nye orientering mod opgaver frem for fag kan derfor vise sig at give drivkraft til de oplevelser af at være usynlige og af ikke at blive værdsat og anerkendt, som synes at have fulgt sundhedsplejersker siden fagets etablering.

For mig som tidligere uddannelsesansvarlig for sundhedsplejerskeuddannelsen har det derfor været nærliggende at undersøge danske sundhedsplejerskers faglige selvforståelser i dette ph.d. projekt med det formål at generere empirisk viden, der kan bidrage til styrke faget og fagligheden i såvel et praksisperspektiv som et uddannelsesperspektiv set i forhold til aktuelle og fremtidige vilkår og betingelser.

Fra identitet til profession

Generelt synes det sundheds- og sygeplejefaglige felt at være meget optaget af begrebet *professionsidentitet*, der kommer til udtryk på mange forskelligartede måder i

faglitteraturen. Professionsidentitet er et komplekst og flertydigt begreb, og da der samtidig er mere i en profession eller et fag, end udøvere selv er i stand til at redegøre for, er professionsidentitet et vanskeligt forskningsobjekt.

Traditionel professionsforskning kan tilsyneladende kun bidrage lidt i forhold til at udforske og forstå, hvordan professionens egne udøvere forstår og fortolker deres faglighed, ikke mindst i forhold til, hvordan denne faglighed udspiller sig og kommer til udtryk i en arbejdskontekst. Derfor har jeg i denne afhandling valgt at tage afsæt i et organisationsperspektiv med særligt fokus på forholdet mellem faglig identitet og organisatorisk forandring og har søgt at blive klogere på sundhedsplejerskers faglige selvforståelser gennem en undersøgelse af *profession*identiteter med tryk på profession frem for på identitet. I forlængelse af de poststrukturalistiske teorier, som projektet trækker på, har opmærksomheden i forskningen således været rettet mod det, som konstituerer og konstitueres af bestemte sundhedspleje-faglige selvforståelser (i flertal) fremfor det, som konstituerer en bestemt sundhedspleje-identitet (i ental).

Som forskningsobjekt er sundhedsplejerskers faglige selvforståelser naturligt komplekse og dermed vanskelige at gøre til genstand for en nærmere undersøgelse. Afhandlingen tager derfor sit udgangspunkt i, at der i tilknytning til professionsidentiteter altid er noget, som de professionelle særligt fremhæver og noget andet, som udelades. Disse kategoriseringer og afgrænsninger er imidlertid også en del af en professionsidentitet og indgår dermed i sundhedsplejerskers faglige selvforståelser.

I lyset af dette har den forskningsmæssige udfordring bestået i at tilrettelægge et forskningsdesign, som gør det muligt for sundhedsplejerskers faglige selvforståelser at komme til syne og komme til orde. Løsningen har været at udforske de faglige selvforståelser performativt, dvs. som noget, der kommer til syne og til udtryk i en arbejdskontekst. En særlig opmærksomhed er her rettet mod introduktionen af en ny metode, konsultation, i sundhedsplejerskernes arbejde med børn under ét år, dvs. i en praksis, hvor en anden metode, hjemmebesøg, har en meget høj status.

Det performative undersøgelsesdesign og især den eksperimenterende, visuelle, performative forskningsmetode, *Snaplog*, har her vist sig at kunne bidrage til at generere relevante pointer og dermed interessant empirisk viden om sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. Med ”framing” og ”de-framing” som greb i de performative analyser er det muligt at zoome ind på og se, hvordan bevægelser som grænsedragninger samt overgange og/eller gennemgange producerer særlige grænseflader og mellemrum. En

sådan analysestrategi åbner op for, at kompleksiteten i sundhedsplejen som fag, opgave og arbejde får mulighed for at træde tydeligere frem, og dermed har denne strategi medvirket til fremkomsten af flere interessante pointer set i forhold til afhandlingens to forskningsspørgsmål:

- *Hvordan fremstilles "god sundhedspleje-faglighed" i sundhedsplejerskers forståelse?*
- *Hvordan kommer sundhedsplejerskers faglige selvforståelser til syne i mødet med den potentielt nye strategi, "konsultation", i det sundhedspleje-faglige arbejde med børn under et år?*

I dette sidste kapitel vil jeg præsentere centrale fund og indsigter i relation til de to forskningsspørgsmål, som er fremkommet gennem arbejdet med de performative analyser.

Sundhedspleje og "god sundhedspleje-faglighed"

Sundhedsplejerskers faglige selvforståelser kan bl.a. læses som noget, der konstitueres gennem en række humane og non-humane aktørers bestræbelser på at opretholde en vis stabilitet. Med inddragelsen af non-humane aktører i de performative analyser rettes opmærksomheden ikke blot mod de humane aktører og deres intentioner men også mod, hvordan alle aktører er produceret af og selv bidrager til produktionen af magtrelationer.

I forlængelse heraf kan især Rockefeller Foundation, med dens liberalistiske tanker om at bidrage til løsning af sociale problemer uden at ændre det kapitalistiske system, fremhæves som noget, der har vist sig at have sat nogle varige spor i danske sundhedsplejerskers faglige selvforståelse.

Rockefeller Foundations betydning for dansk sundhedspleje

I Rockefeller Foundations udgave blev "Public Health Nursing" opfattet som en selvstændig disciplin med eget vidensområde og forskningsfelt, der positionerede sig som lægernes ligeværdige samarbejdspartnere. Denne forståelse vandt imidlertid ikke genklang i den danske version af "Public Health", idet Sundhedsstyrelsen ønskede en

model, hvor lægerne fastholdt positionen som familiens primære sundhedsrådgiver. Sundhedsplejerskerne kom derfor til at indtage en mere underordnet position i forhold til lægerne, end den forståelse deres videreuddannelse var forankret i.

Gennem Fondens økonomiske og praktiske støtte til etableringen af Danmarks Sygeplejerskehøjskole, som skulle videreuddanne sygeplejersker til sundhedsplejersker, blev den amerikanske forståelse indlejret i uddannelsen, ikke blot af sundhedsplejersker men også af ledere og undervisere, som efterfølgende kom til at indtage strategiske og vigtige positioner i det danske sundhedsvæsen. Dermed kom videreuddannelsen af sygeplejersker til sundhedsplejersker til at trække på nogle særlige værdier og forståelser af opgaven og arbejdet, som ikke kunne genfindes i de vilkår og betingelser, som det konkrete, praktiske arbejde bød på. Det var derfor sundhedsplejerskernes oplevelse, at de måtte kæmpe hårdt for at gennemføre det, som de opfattede som ”det rigtige” og ”det gode”, en oplevelse nutidens sundhedsplejersker formentlig også vil kunne nikke genkendende til.

Kampen for ”det rigtige” og ”det gode” som udgangspunkt for sundhedspleje-arbejdet er således ikke ny, og sundhedsplejerskers oplevelse af manglende anerkendelse, således som afhandlingens indledende citat indikerer, optræder dermed ikke blot som en effekt af et velfærdssamfund under pres, men kan også læses som en potentiel konflikt mellem de værdier, sundhedsplejerske-uddannelsen bygger på og den konkrete praksis, som denne uddannelse skal uddanne til.

Mens Danmarks Sygeplejerskehøjskole blev nedlagt i 2003, synes Rockefeller Foundations arbejde at have sat nogle varige spor, som kan genfindes i såvel sundhedsplejerskernes aktuelle forståelser af praksis som i den nye specialuddannelse til sundhedsplejerske, som trådte i kraft pr. 1.1 2012. I Fondens forståelse kunne ”Public Health”-sygeplejersker bidrage til at opfylde den dobbelte målsætning om at producere vigtig viden om mennesker, deres relationer og adfærd, som herefter kunne gøres tilgængelig for såvel befolkningen som for de politiske beslutningstagere. Den grundlæggende forudsætning for at producere en sådan viden er adgangen til de mennesker, det handler om.

I den forstand er det ikke blot forældrene, som er afhængige af sundhedsplejersken og hendes tilbud om rådgivning og vejledning. Sundhedsplejerskerne er også afhængige af, at forældrene vil åbne døren eller komme i konsultationen, så de får mulighed for at indsamle de relevante data, som efterfølgende kan transformeres til vigtig viden om børns

sundhed og trivsel. Betragtet således bliver den meget store betydning, som sundhedsplejerskerne i det empiriske materiale tillægger den tillidsfulde relation, interessant ikke blot med henvisning til det, der bestemmer, hvad der er godt for børn og deres forældre men også med henvisning til det, sundhedsplejersker selv har brug for med henblik på at kunne udføre arbejdet.

Udover at den producerede viden ”vender tilbage” til forældre gennem sundhedsplejerskers rådgivning og vejledning, så fungerer den også som et grundlag for politisk-administrative analyser af og beslutninger om fremtidige sundhedsindsatser. Set i dette lys bliver de obligatoriske indberetninger til Børnedatabasen særligt interessante.

Rockefeller Foundations grundlæggende ideer om betydningen af at indsamle viden kan spores i den nye specialuddannelse til sundhedsplejerske. Fonden lagde f.eks. stor vægt på, at ”Public Health” sundheds- og/eller sygeplejersker skulle påtage sig rollen som såkaldte ”Community Leaders” for der igennem at oparbejde et omfattende lokalkendskab og et tæt kendskab til familierne. Det, som er interessant i et nutidigt perspektiv, er, at mens loven (som definerer og fastlægger kommunernes opgave), udelukkende retter sin opmærksomhed mod barnet, så er opmærksomheden i studieordningen til specialuddannelsen (som skal bidrage til at sygeplejersker udvider deres faglige kompetence med henblik på at kunne varetage funktionsområdet for en sundhedsplejerske), udvidet til også at omfatte aktiviteter i relation til børnenes forældre og lokalsamfundet. Denne ”oversættelse” eller forskydning kan også genfindes i overgangen mellem den gældende lov og den aktuelle vejledning, og optræder i øvrigt som en gennemgående pointe i de performative analyser.

En sund opvækst og gode forudsætninger for en sund voksentilværelse

Formålet med de forebyggende sundsydelser til børn er at bidrage til at sikre børn en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Det er dermed barnet, som er anledningen til sundhedspleje-arbejdet og de faglige handlinger. Hvis der ikke var et barn, så var der ingen grund til at tilrettelægge og gennemføre et møde mellem forældre og sundhedsplejerske.

Det er da også barnet, som i udgangspunktet er i centrum for sundhedsplejerskernes faglige opmærksomhed, når de bliver bedt om at beskrive deres forståelser af god sundhedspleje-faglighed i *Snaplog* undersøgelserne. Det er barnet, det faglige blik

primært rettes mod, men dette faglige blik er også rettet mod familien ideelt set og især mod moderen reelt set. Det, som særligt springer i øjnene særligt i denne sammenhæng, er, at faderen og søskende optræder som betydningsfulde andre i sundhedsplejerskernes forståelser og i de grundlæggende fortællinger om god sundhedspleje-faglighed, mens de ikke optræder på sundhedsplejerskernes fotografier (bortset fra ét enkelt tilfælde).

Når sundhedsplejerskers faglige blik tager udgangspunkt i et helhedsperspektiv og i en systemteoretisk forståelse, kunne det trække tråde til Rockefeller Foundations grundlæggende forståelse af familien, som en ramme for barnets/familiens sundhed. Sundhedsplejerskerne betragter ikke barnet som et isoleret selvstændigt fænomen og kan derfor ikke udelukkende studere barnets sundhed og trivsel gennem en medicinsk/lægefaglig linse, men må også inddrage den psykosociale sammenhæng, som barnet indgår i. På den måde bliver sundhedsplejerskers faglige felt i princippet uendeligt, hvilket dels rejser spørgsmål om fagets rækkevidde og om, hvor grænsedragningerne skal foretages, og dels om potentielle overlap set i forhold til andre beslægtede professioner.

Kategoriseringer af ”det normale”

Analyserne af sundhedsplejerskernes forståelser af god sundhedspleje-faglighed fremkalder sundhedsplejerskernes kategoriseringer af normalitet, og det er især kategoriseringer af ”den gode mor”, som kommer til syne. Sammenfattende kan ”en god mor” i sundhedsplejerskernes forståelser beskrives som en, der bl.a.:

- Ser (på) sit barn, og reagerer hensigtsmæssigt på barnets bestræbelser (f.eks. på at kommunikere)
- Er der for barnet (lader barnets behov går forud for sine egne)
- Har en intuitiv forståelse af at gøre det rigtige (hun kan mærke og se det)
- Skaber ro omkring barnet (er f.eks. parat til at sidde meget ned og dermed tilsidesætte alt andet end barnet)

Med Agential Realism er det en pointe, at de faglige bestemmelser og kategoriseringer af ”det normale” og ”den gode mor” er ”Agential cuts”, som har nogle reelle konsekvenser. De grænsedragninger, sundhedsplejersker foretager i forhold til vurderingerne af ”god”

og ”godt nok”, er på samme tid udgrænsende for det, som herefter ikke kan kategoriseres som godt, hensigtsmæssigt, positivt osv.

De faglige bestemmelser, der definerer børn/familier som udsatte, sårbare, skrøbelige, ressourcesvage, osv. med potentielle særlige behov, er dermed på den ene side selve forudsætningen for, at en særlig indsats kan komme i stand. På den anden side har en sådan bestemmelse den reelle konsekvens, at barnet/moderen/familien på samme tid udgrænses fra og sættes udenfor i forhold til det, der ellers kan anses for at være hensigtsmæssigt, normalt, godt, osv. Det interessante i denne sammenhæng er ikke, at udgrænsningerne sker. Spørgsmålet er derimod, hvad der sker, og på hvilket grundlag, det sker. I forlængelse heraf bliver en pointe fra de to *Snaplog* undersøgelser særlig interessant. I *Snaplog* fokusgruppe diskussionerne kommer det frem, hvordan sundhedsplejerskerne forstår virkeligheden som noget, der kan have flere lag. Dette betyder, at selvom barnet tilsyneladende trives og vokser, som det skal, så kan der alligevel vise sig at være en bagside af medaljen.

Det billede, sundhedsplejersken umiddelbart ser, er således ikke nødvendigvis det ”rigtige” eller det ”sande” billede af ”virkeligheden”. Noget kan være skjult eller kan undlade at dukke frem i de øjeblikke, hvor møderne mellem familie og sundhedsplejerske finder sted. Pointen er her, at dette ”noget” ikke blot er skjult for sundhedsplejersken men også er (og måske forbliver) skjult for familien.

Da det ikke kan afvises, at det, som ikke umiddelbart kan ses, kan vise sig at være betydningsfuldt set i forhold til barnets muligheder for en sund opvækst og forudsætningerne for en sund voksentilværelse, må noget andet mobiliseres. God sundhedspleje-faglighed i sundhedsplejerskernes forståelser kommer således til at handle om også at være opmærksom på og lydhør overfor de følelser og fornemmelser, et givent møde giver anledning til. Det er således ikke blot øjnene, der ser, som bidrager til at generere data. Det er også følelserne, mavefornemmelserne osv. Den indsigt og erkendelse om barnet og familien, som sundhedsplejersken når frem til i og gennem mødet, trækker dermed ikke blot på en teoretisk viden og indsigt fra forskellige vidensområder, men også på sundhedsplejerskernes kropslige oplevelser, følelser, sansninger og erfaringer.

Relationer og skiftende positioner

I de performative analyser fremhæves især relationer som noget, der tillægges stor betydning i sundhedsplejerskernes forståelser af god faglighed. Dette er ikke en overraskende og ny pointe. Det nye er derimod, at med de performative analyser zoomes ind på, hvordan relationer kontinuerligt skabes og genskabes som effekter af en lang række intra-agerende kræfter, hvorved det omskiftelige og det foranderlige i relationerne (og dermed kompleksiteten) i højere grad kommer til syne.

En central pointe i de performative analyser af sundhedsplejerskernes forståelser af god sundhedspleje-faglighed er således, at der gennem forskellige bevægelser produceres forskellige grænseflader, overgange og mellemrum, og dermed også forskellige subjektiveringsmuligheder for de implicerede aktører. Og til disse forskellige subjektiveringsmuligheder knytter sig forskellige (u)muligheder i forhold til at tale og agere.

Den ”manglende kaffe” og ”den stående vejledning” kan læses som eksempler på, hvordan der i sådanne mellemrum og/eller overgange kan mangle transparens og i forlængelse heraf herske en vis usikkerhed i selve relationen, herunder f.eks. om hvem der er ansvarlig for hvad i situationen og hvornår dette ansvar for alvor træder i kraft eller slutter. Det er her en væsentlig pointe, at der her ikke er tale om aktørernes bevidste intentioner, men derimod om noget materielt-diskursivt, der skaber og selv skabes i og gennem et møde og som derfor også spiller ind og spiller med i selve relationen.

De forskellige skift mellem positioner som vært/bruger/klient overfor gæst/professionel med fokus på tilbud og/eller tilsyn kan læses som fremkomsten af sådanne grænseflader, overgange, mellemrum, som kontinuerligt skaber forskellige subjektiveringsmuligheder og betingelser. Udover den potentielt manglende transparens, der opstår i tilknytning til de forskellige overgange eller mellemrum, understreges det, at relationen ikke kan betragtes som et statisk fænomen, der kan bestemmes og fastlægges én gang for alle, men derimod er noget dynamisk, der hele tiden konstitueres, forandres og bevæges i og gennem mødet mellem barn/mor/familie/far på den ene side og sundhedsplejersken på den anden.

Mellem tilbud og tilsyn

Det fremgår af de performative analyser, at ”god sundhedspleje-faglighed” er udspændt mellem to ret forskellige positioner:

- *Sundhedspleje som tilbud, der omfatter rådgivning og vejledning i forhold til barnets trivsel og udvikling*

- *Sundhedspleje som tilsyn, der omfatter observation og vurdering af barnets fysiske og psykiske sundhed*

Dette betyder, at sundhedspleje-arbejdet på den ene side er rettet mod en funktion som familiens hjælp og støtte, hvor den gode relation sættes i fokus, og på den anden side tilsyns- og kontrolfunktionen, hvor sundhedsplejersken skal agere som velfærdssamfundets sikkerhedsnet set i forhold til børn. I forlængelse af sidstnævnte går arbejdet ud på at kontrollere og vurdere, hvorvidt barnet lever et barneliv, som i et eller andet omfang kan defineres som tilfredsstillende, hensigtsmæssigt eller ”godt nok” set i relation til forståelserne af en sund opvækst og gode forudsætninger for en sund voksentilværelse.

Mens familien således på sin side til stadighed skal udvise (tilstrækkelig) positiv og hensigtsmæssig forældreadfærd, uden at det er præcist defineret, hvad dette er, i bestræbelserne på ikke at falde uden for rammen af det, som kan kategoriseres som det normale, skal sundhedsplejersken samtidig til stadighed gøre sig fortjent til familiens tillid, således at hun også fremover vil være velkommen og blive inviteret ind.

Denne udspændt-hed mellem positionerne tilbud og tilsyn/kontrol er medproducent af forskellige magtrelationer, som skabes i og af relationen mellem forældre og sundhedsplejersker. Den særlige pointe er her, at udspændt-heden er et grundvilkår i arbejdet, uanset hvordan dette foregår. Som et grundvilkår kan det ikke opløses, og derfor kan der aldrig være tale om et intentionelt valg mellem et enten-eller. Derimod vil der altid være tale om både tilbud og tilsyn på samme tid.

Mødet mellem det unikke hjemmebesøg og den (u)mulige konsultation

Hjemmebesøget som en metode i sundhedsplejerskernes arbejde med børn under ét år og deres forældre har en lang historie, som kan spores tilbage til etableringen af sundhedspleje-faget. Metoden har en meget høj status, som normalt ikke sættes til

diskussion i det sundhedspleje-faglige felt. Men når nye metoder (som f.eks. mødregrupper i 1985 og konsultation i det 21. århundrede) bliver introduceret i feltet, får de forståelser, der knytter sig til det unikke hjemmebesøg, imidlertid mulighed for at komme til syne. I mødet mellem det dominerende og det, som tages for givet i feltet, og det nye, der kan læses som en trussel mod det eksisterende, åbnes muligheder for at undersøge sundhedsplejerskerne faglige selvforståelser, ikke blot som noget, der knytter sig specifikt til hjemmebesøg som metode, men også som et fænomen i sig selv.

Det unikke hjemmebesøg

I mangel af dansk forskning, som kan bidrage til at underbygge feltets forståelser af hjemmebesøgets (positive) effekter, har feltet især vendt sig mod internationale forskningsprojekter, selvom dette ikke er helt ukompliceret. De forskellige sundhedsordninger trækker på forskellige forståelser af velfærd med deraf følgende forskellige idealer og værdier. Dette betyder, at de internationale forståelser af opgaven og opgaveløsningen ikke nødvendigvis er meningsfulde set i relation til den danske udgave af den nordiske velfærdsmodel.

I den internationale sundheds- og sygeplejelitteratur er argumentationen for hjemmebesøget og dets effekt primært forankret i forståelser af ”Public Health” og/eller ”Health Visiting”. Der findes imidlertid flere forskellige versioner af disse to begreber, som endda kan eksistere samtidigt i samme sundhedsgruppe. Dette bidrager til at skabe (øget) ugennemsigtighed i feltets (og andres) forståelser af såvel den grundlæggende opgave, som arbejdet med den.

Det fremgår af de performative analyser, at også det danske sundhedspleje-faglige felt taler om hjemmebesøg på flere forskellige måder. Sundhedsplejersker taler om hjemmebesøg som noget centralt i faget og som noget, der har en kvalitet i sig selv. Feltet taler desuden om hjemmebesøg både som en strategi til at nå formulerede sundhedsmål og som en konkret metode i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med børn under ét år. Endelig beskrives hjemmebesøg som en opgave samt som en ydelse og service. Disse forskellige måder at tale om hjemmebesøg på, optræder side om side i feltet på samme tid.

Denne begrebsmæssige uklarhed læses i afhandlingen som sammenfiltringer mellem forståelser af begreberne hjemmebesøg, sundhedspleje og sundhedsplejerske, med det

resultat at forståelser af sundhedspleje som opgave og arbejde synes at være blevet knyttet tæt sammen med forståelser af sundhedspleje som fag.

Kategoriseringer af ”det normale” (version 1)

Barnet er den primære ”genstand” for den faglige opmærksomhed i hjemmebesøget. Det er barnet, som er og skal være i centrum, og selve det at komme i hjemmet beskrives som noget, der spiller en afgørende rolle set i forhold til at kunne udføre sundhedspleje-arbejdet.

Men barnet kan imidlertid ikke betragtes isoleret men må ”læses” i sammenhæng med familien og de vilkår, familien lever under. I forlængelse af dette ses en forskydning i den faglige opmærksomhed fra barnet til moderen og familien/faderen. Hjemmebesøget opfattes dermed som en forudsætning for, at sundhedsplejersken kan få en fornemmelse af barnet på dets hjemmebane, dvs. den virkelighed og det miljø, barnet vokser op i. Hjemmet er ikke blot barnets virkelighed. Det er også moderens/forældrenes/faderens, og når sundhedsplejersken besøger hjemmet, har de muligheden for at vise det frem, som fungerer (og såfremt de har tillid til sundhedsplejersken også det, som ikke gør).

Hjemmet beskrives som det sted, hvor sundhedsplejersker bedst kan ”se” barnet, og hvor forældrene bedst kan ”lytte”. Dermed fremhæves besøget i hjemmet som noget, der ikke blot udvider og styrker sundhedsplejerskers muligheder for at observere og vurdere barnets sundhed, vækst og trivsel men også som noget, der bidrager til at skabe optimale betingelser set i forhold til sundhedsplejerskers arbejde.

I sundhedsplejerskernes forståelser beskrives hjemmet som noget, der er trygt, og i forlængelse heraf som det sted, hvor dels kommunikationen mellem mor/familie/far og sundhedsplejerske og dels vejledningen og rådgivningen i forhold til barnets sundhed, vækst og trivsel har de bedste betingelser. Dette sidstnævnte gælder især, hvis kommunikationen og/eller vejledningen handler om eller berører noget emotionelt.

De data, som produceres gennem hjemmebesøget, er imidlertid ikke blot betydningsfulde set i forhold til sundhedsplejerskens vurdering af hvilke ydelser, det enkelte barn og den enkelte familie skal tilbydes. De indgår også i bestemmelser af og dermed grænsedragninger i forhold til det, som kan betegnes som hensigtsmæssigt/positivt/godt/normalt/ideelt/osv. set i forhold til børn og deres sundhed, vækst og trivsel. Disse normative fastsættelser af, hvad der er godt for børn, kan forstås som materielt-diskursive praksisser og er som sådanne konstant bevægelige og

foranderlige. Dermed er det interessante her, at det, der umiddelbart kan indrammes som positivt, hensigtsmæssigt, godt, normalt eller det modsatte, ikke er statisk men derimod må betragtes som noget, der til stadighed vil kunne sættes til diskussion. Set i lyset af den massive vægt, som sundhedsplejerskerne i de to *Snaplog* undersøgelser tillægger relationen mellem mor og barn, bliver det således interessant at rette opmærksomheden mod hvad der (i sundhedsplejerskernes forståelser) skal til for at blive kategoriseret som ”en god mor”.

Mens sundhedspleje kan beskrives som noget, der er udspændt mellem tilbud og kontrol, er betingelserne for at blive kategoriseret som ”en god mor” spændt ud mellem en lang række forskellige krav og forventninger, hvoraf en del synes at forblive implicitte. De performative analyser peger f.eks. på, at moderen skal:

- Være villig til at invitere sundhedsplejersken ind ikke bare i sit hjem, men også i et eller andet omfang i sit liv
- Demonstrere at der hersker en vis form for orden og/eller struktur i hjemmet
- Udvise en positiv/hensigtsmæssig forældreadfærd i forhold til sit barn, herunder at hun er villig til at udvise en særlig optagethed af barnet
- Være villig til at skabe ro omkring barnet
- I et eller andet omfang være villig til at vise, hvad der fungerer (og måske også det, som ikke fungerer)
- Være villig til at lytte og tage aktion på sundhedsplejerskens råd og vejledning om barnets vækst og trivsel
- Være indstillet på at indgå i en (fortsat) relation med sundhedsplejersken

Det er sådan noget som dette (og formentlig meget mere), at moderen (og familien/faderen) er oppe mod og skal være i stand til at kunne navigere i forhold til, når sundhedsplejersken kommer på besøg.

Relationer og skiftende positioner (version 1)

Når fokus rettes mod hjemmebesøg som metode, er det således især kompleksiteten i relationen mellem mor (familie/far) og sundhedsplejerske, der dukker frem og kommer til syne gennem *Snaplog* og de performative analyser. Kompleksiteten skabes af de forskellige og skiftende positioner, som kontinuerligt opstår i og gennem relationen.

Forældrene er værter, som inviterer sundhedsplejersken ind i deres hjem, hvilket i første omgang gør hende til en gæst. Men sundhedsplejersken er også en professionel, som har til opgave at tilbyde både vejledning/rådgivning/coaching/facilitering osv. og at varetage tilsynet med barnets sundhed, vækst og trivsel på vegne af kommunen, hvilket gør forældrene til (for)brugere og potentielle klienter på samme tid.

Ideelt set opfatter sundhedsplejerskerne relationen mellem forældre og sundhedsplejerske som noget, der er mere ligeværdigt, når mødet foregår i familiens eget hjem. Sundhedsplejersker beskriver imidlertid samtidigt, at de er i besiddelse af en særlig viden, som andre fagpersoner ikke har. Der er tale om en viden om børn, som forældre har brug for eller vil få brug for, også selvom de ikke nødvendigvis selv ved det (endnu). Formidlingen af denne viden har optimale vilkår i hjemmet, hvor det antages at moderen/forældrene/faderen er mest trygge og afslappede. Derved kommer sundhedsplejersken til at fremstå som en ekspert, mens forældre bliver nogle, der mangler noget, og som derfor i et vist omfang er afhængige af sundhedsplejerskens besøg. Forholdet mellem forældre og sundhedsplejerske kan dermed helt grundlæggende beskrives som en asymmetrisk relation.

Mellem tilbud og kontrol (version 1)

I hjemmebesøget er det sundhedsplejersken, som bevæger sig hen til forældrene og besøger dem i deres eget hjem. En pointe, som også bidrager til kompleksiteten i relationen mellem forældre og sundhedsplejerske, når mødet foregår i familiens eget hjem, er, at det som egentlig er at betragte som familiens egen hjemmebane, bliver transformeret til sundhedsplejerskens arbejdsplads i det øjeblik, hun træder hen over dørtrinet og ind i hjemmet. Her yder hun så en service, der dels kan anskues som praktisk, nem og bekvem set ud fra et forældreperspektiv og dels som noget, der støtter hensigtsmæssig/positiv forældreadfærd set ud fra et omsorgsperspektiv. Omsorgsperspektivet fremhæves her gennem, at sundhedsplejersken ved sit besøg i hjemmet støtter op om værdien af at skabe ro og tryghed omkring barnet fremfor at forældrene må tage barnet ud i al slags vejr.

Hjemmebesøg som et tilbud til alle knytter an til den nordiske velfærdsmodels universalismeprincip. I sundhedsplejerskernes forståelse bliver dette ikke nødvendigvis oversat til, at selve produktet eller den service, de yder, skal være nøjagtig det samme i alle familier. *Snaplog* undersøgelserne fremhæver, at hver enkelt familie ideelt set opfattes som unik, og forståelsen af god sundhedspleje knytter derfor an til forståelsen af

at tage udgangspunkt i hver families egne, unikke behov. Dette betyder, at formålet med besøget i hjemmet ikke umiddelbart kan bestemmes på forhånd men derimod er situeret og som sådan må afklares og forhandles lokalt i hver enkelt families hjem.

I sundhedsplejerskernes forståelser er hjemmebesøg et tilbud, som langt de fleste forældre tager imod. Dette kan læses som et udtryk for, at forældrene har et reelt behov for denne service. Men det kan også læses som noget, forældre gør i erkendelse af de eksisterende magtrelationer, der optræder i sundhedspleje som tilbud og sundhedspleje som tilsyn. I den forstand kan accepten af sundhedsplejens tilbud handle om forældres bestræbelser i forhold til at blive kategoriserede som gode-nok-forældre, og i den sammenhæng blive vurderet som nogle, der har en positiv og/eller hensigtsmæssig forældreadfærd overfor deres barn.

De data, som sundhedsplejersker indsamler i hjemmet, er ikke neutrale og værdifri, men optræder derimod som noget, der rækker langt ud over det enkelte barn og den enkelte familie. Loven om forebyggende sundhedsydelser fremhæver kravet om, at sundhedsplejerskens funktionsundersøgelser normalt foregår ved hjemmebesøg, og den tilhørende vejledning uddyber og præciserer såvel formålet som indholdet i de enkelte besøg ved at udpege nogle specifikke nedslags- og kontrolpunkter, herunder de obligatoriske indberetninger til Børnedatabasen. Dermed kommer sundhedsplejerskernes arbejde ikke blot til at handle om at bidrage til at sikre barnet en sund opvækst, men også om at dette gøres på bestemte måder ved sætte ind på ganske bestemte områder.

Sundhedsstyrelsens vejledning beskriver det anbefalede antal besøg og fastlægger (ideelle) standarder i forhold til sundhedsplejerskernes observationer og vurderinger af barnets sundhed og trivsel. I forlængelse heraf fungerer Sundhedsstyrelsen vejledning som et potentielt pejlemærke set forhold til sundhedsplejerskens bestemmelser af den positive og/eller hensigtsmæssige forældreadfærd.

Overfor disse standarder står så det sundhedspleje-arbejde, som sundhedsplejerskerne fremhæver i *Snaplog* undersøgelserne af god sundhedspleje-faglighed. Dette arbejde er primært bestemt af de lokale, situerede forhandlinger og bestemmelser af, hvad der er normalt, positivt og/eller hensigtsmæssigt set i forhold til barnets vækst, sundhed og trivsel. Dette betyder til gengæld, at forældre (og det gælder måske også sundhedsplejerskerne selv) ikke nødvendigvist altid ved præcist, hvad de bliver målt på eller i forhold til. Det betyder, at dette arbejde er vanskeligt at artikulere og tilpasse set i forhold til de eksisterende måder at dokumentere ydelser på.

Den (u)mulige konsultation

Umiddelbart betragtet kan introduktionen af konsultation som en metode i sundhedsplejerskers arbejde med de forebyggende sundhedsydelser til børn under ét år og deres forældre læses som effekt af en presset nordisk velfærdsmodel. Her bidrager ”New Public Management” strategier til at flytte fokus fra sundhedsplejerskerne og deres særlige faglighed og viden og i stedet rette det mod sundhedsplejerske-opgaven og til overvejelser af, hvordan denne opgave kan løses bedst muligt under hensyn til effektiv ressourceanvendelse, kvalitet og øget brugerinvolvering. I forlængelse heraf kan sundhedsydelser forstås som varer, der måske/måske ikke efterspørges og forældre som forbrugere og som nogle, der både kan og vil tage et ansvar for barnet på en positiv/hensigtsmæssig måde.

De performative analyser fremhæver, hvordan begrebet konsultation lige som begrebet hjemmebesøg optræder i flere forskellige udgaver på samme tid i det sundhedsfaglige felt. Disse forskellige versioner af konsultation som metode/strategi går ikke blot på tværs af de respektive kommuner. De eksisterer også side om side som forskellige versioner inden for den samme kommune.

Der ses forskelle og nuancer i forståelserne både af selve metoden og af de sammenhænge metoden i øvrigt er tænkt ind i og sammen med i forhold til at leve op til målsætningen i sundhedsloven. Konsultation opfattes både som en metode i sig selv og som noget, der kan indgå i et sundhedscenter, hvor det er den særlige organisering af det børnesundhedfaglige arbejde i (tvær-) faglige teams, som anses for at være en hensigtsmæssig strategi set i forhold til at løse sundhedsopgaverne.

På trods af de mange forskellige forståelser af og tilgange til konsultation som en metode i arbejdet med børn under ét år og deres forældre, er der også fællesnævnere. Først og fremmest har sundhedsplejerskernes, med introduktionen af konsultation, været nødt til at om-/gen-/nytænke, hvordan sundhedspleje-arbejdet kan og skal se ud for at kunne bidrage til at nå de samme formulerede sundhedsmål under nye vilkår og betingelser med hensyntagen til fagets egne værdier.

Kategoriseringer af ”det normale” (version 2)

I konsultationsmodellen er der fortsat barnet, som sundhedsplejerskens faglige opmærksomhed primært er rettet mod. Mens barnet ikke nødvendigvis er medspiller

under hele mødet mellem mor/forældre og sundhedsplejerske på hjemmebane i hjemmebesøget, så deltager det på fuld tid på udebanen i konsultationen.

I hjemmebesøgsmodellen er adgangen til barnet betinget af, at forældrene er villige til at åbne døren for sundhedsplejersken. I konsultationsmodellen er præmissen derimod, at forældrene vælger at møde op og er klar til den aftalte tid, samt at de medbringer barnet. Den valgfrihed, som forældre hermed får tildelt, viser sig dog at være tilsyneladende. I sidste ende er moderens/familiens/faderens valgfrihed forbundet med sundhedsplejerskens/kommunens/statens forventning om, at forældre er i stand til og også vil tage gode og hensigtsmæssige valg set i forhold til barnets sundhed og forudsætninger for en sund voksentilværelse og herunder altså at møde op til tilbuddet om sundhedspleje.

Når mødet foregår på en anden lokalitet end hjemmet, sætter det visse grænser for indholdet i og rækkevidden af arbejdet. Sundhedsplejerskernes arbejde i konsultationen foregår dermed under nogle andre betingelser end i arbejdet med hjemmebesøg. Umiddelbart betyder dette, at der er noget betydningsfuldt, som bliver skåret væk. Når sundhedsplejersken ikke har mulighed for at ”se” barnet i dets vante omgivelser, sættes nye (og mere snævre) grænser for, hvad sundhedsplejersker potentielt kan samle data omkring. Dette giver bl.a. anledning til overvejelser og diskussioner blandt sundhedsplejersker, som arbejder med konsultation, i forhold til hvor meget viden om familien, selve sundhedspleje-opgaven egentlig forudsætter.

I de performative analyser fremtræder forældrene i konsultationsmodellen som nogen, der er målrettede og velforberedte. De er klar fra det øjeblik, de træder ind af døren. I den forstand optræder sundhedspleje-tilbuddet i konsultationen som noget, der i forældrenes øjne fremtræder klart og tydeligt. Men sundhedsplejerskens udspænding mellem tilbuddet og kontrollen er fortsat en del af sundhedsplejerskens praksis, også selvom denne udspænding finder sted på et andet grundlag i konsultationen.

Relationer og skiftende positioner (version 2)

I Sundhedsplejerskernes forståelser af konsultation som metode fremhæves selve mødet og relationen mellem moderen/familien/faderen og sundhedsplejerske også som noget centralt og betydningsfuldt. Dette henleder igen opmærksomheden mod de roller, de implicerede hver især indtager og/eller har mulighed for at indtage.

Det er sundhedsplejersken, der som værten inviterer forældrene (og barnet) ind i konsultationen. Forældrene er således gæster. Dermed er det også sundhedsplejerskerne,

der i princippet sætter betingelserne for mødet og i udgangspunktet er der klare og præcise retningslinjer for ansvaret og ansvarsfordelingen i mødet. Med mere klart definerede roller og med potentielt færre rolleskift undervejs i mødet, burde kompleksiteten umiddelbart være reduceret.

Det er familiens dagsorden, som er udgangspunktet for mødet, og dermed er det familiens behov for efterspurgt viden, der ideelt set er styrende for, hvad der skal ske i konsultationen. I den forstand kan relationen mellem mor/familie/far og sundhedsplejerske i udgangspunktet betegnes som ligeværdig. Da sundhedsplejerskerne imidlertid fortsat giver udtryk for at være i besiddelse af en særlig viden, som formidles til forældre gennem konsultationen, ses ikke (således som New Public Management strategierne ellers fremhæver det) et skifte fra rollen som ekspert til rollen som coach, facilitator eller sparringspartner.

Desuden bliver sundhedsplejerskens rolle også, i forlængelse af kontrolfunktionen, at motivere moderen/familien/faderen til ikke blot at tage et (øget) ansvar for barnets sundhed men også at gøre noget bestemt på bestemte måder. Herved kommer kompleksiteten i relationen igen til at træde frem, blot på andre måder end i hjemmebesøget.

Mellem tilbud og kontrol (version 2)

Hjemmebesøg er et tilbud til alle, mens konsultation i sundhedsplejerskernes forståelser forstås som en metode, der primært retter sig mod såkaldt ressourcestærke forældre. Der hersker dog ikke helt enighed blandt alle sundhedsplejerskerne omkring dette. Konsultation kan også være en mulig metode i forhold til forældre i kategorien ”med særlige behov”, såfremt formålet med mødet er nogle præcise og klart afgrænsede problemstillinger.

Før tilbuddet om konsultation kan træde i kraft foretager sundhedsplejerskerne en kategorisering af familierne, hvorved de, som af forskellige grunde ikke vurderes som egnede til at modtage dette sundhedspleje-tilbud, bliver udgrænset. Denne kategorisering, som foretages med afsæt i faglige argumenter og begrundelser, er i sig selv ikke et nyt fænomen, som skyldes introduktionen af konsultation. Det, som er det nye, er derimod, at sundhedsplejerskernes kategorisering af familier tvinges frem i lyset gennem krav om sundhedsplejerskernes eksplicitte faglige begrundelser. I forlængelse heraf oplever

sundhedsplejerskerne, at de dels er blevet mere fagligt skarpe, og dels at sundhedspleje-arbejdet er blevet mere tydeligt for såvel forældrene som for samarbejdspartnere.

Også konsultation forstås som noget, der er nemt og bekvemt set fra et forældreperspektiv, men ud fra en lidt anden forståelse. I konsultationen er det forældrene, som må bevæge sig hen til sundhedsplejersken. Til gengæld spares de for besværet med at optræde som værter med alt, hvad dertil hører af oprydning, rengøring, evt. traktement osv. Ud fra et omsorgsperspektiv bidrager dette til at gøre deres liv lidt nemmere.

De unge familier beskrives som nogle, der shopper og zapper, og dermed som nogen, der er i konstant bevægelse. Set i forhold til ”den gode mors” opgave med henblik på at skabe den fornødne ro omkring barnet, kan dette læses som et væsentligt problem.

I sundhedsplejerskernes forståelser er selve tilbuddet om konsultation noget, der matcher de (moderne) unge familiers liv og livsstil, og brugertilfredshedsundersøgelserne viser i store træk, at familierne er tilfredse og at de oplever, at de får, hvad de kommer efter. Spørgsmålet er så blot, hvad det egentlig er, de kommer efter. Dette er et interessant spørgsmål, som det kunne være spændende at undersøge nærmere i et andet projekt.

Vi saver den gren over, vi selv sidder på

I det empiriske materiale optræder vendingen ”at save den gren over, vi selv sidder på”, som en metafor, der beskriver feltets forståelser af den trussel, som introduktionen af nye metoder kan udgøre for sundhedspleje-fagets fortsatte beståen. En pointe i denne afhandling er, at sundhedspleje-fagets fortsatte skæbne ikke blot bestemmes af sundhedsplejerskers egne intentionelle handlinger, men i høj grad også skabes af andet og andre.

Konsultation som en metode i sundhedsplejerskers arbejde med børn under ét år og deres forældre synes på mange måder, at kunne forstås som noget, der passer godt ind I ”New Public Management”-tankegangen med fokus på opgaver og opgaveløsning under hensyn til brugerinddragelse, effektiv ressourceanvendelse og kvalitet fremfor på fag og faglighed. En væsentlig pointe i denne afhandling er imidlertid, at ”New Public Management”-tankegangen (indtil videre) vil spille ind og spille med som vilkår og betingelser i sundhedsplejerskers arbejde, uanset om en kommune vælger eller fravælger at introducere konsultation.

”New Public Management”-tankegangen udfordrer den nordiske velfærdsmodel ved at trække forståelsen af velfærdsstaten i en mere liberalistisk retning, hvilket bl.a. betyder, at arrangementet mellem stat og familie skifter karakter. Med forventningen om at familien påtager sig et øget ansvar for sig og sine, skifter også relationen mellem forældre og sundhedsplejerske karakter. Frem for at optræde som eksperter med en særlig viden, der ved, hvad der er bedst for borgerne, er det i højere grad rollen som facilitator eller coach, der støtter forældrene i deres (hensigtsmæssige og positive) udviklingsprocesser, der efterspørges.

I forlængelse heraf skal sundhedsplejersker være i stand til at balancere mellem henholdsvis for lidt og for meget indgriben i forældrenes liv set i forhold til kategoriseringerne af ”det gode børneliv” og ”det gode moder-/forældreskab”. Disse kategoriseringer er og vil også fortsat være en væsentlig del af den opgave, som sundhedsplejersker er uddannet og ansat til at varetage. Hvis forældrene imidlertid reelt skal have mulighed for at påtage sig det forventede ansvar forudsætter det, at sundhedsplejerskers kategorier og kategoriseringer træder tydeligere frem og i højere grad bliver eksplicit for såvel forældrene som for sundhedsplejerskernes arbejdsgivere, kommunerne.

Med de nye forståelser af opgave og opgaveløsning med fokus på kvalitet og på dokumentation af effekterne, bliver det væsentligt, at sundhedsplejersker er i stand til at kunne redegøre for, hvad det er, de kan og gør, som har særlig effekt set i forhold til målet om sikre børn en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse, ikke mindst, hvis sundhedsplejersker fortsat skal have en gren at sidde på.

Dermed er vi tilbage ved dette projekts udgangspunkt og kan gøre status over afhandlingens centrale pointer set i forhold til ambitionen om at generere empirisk viden om sundhedsplejerskers faglige selvforståelser set i forhold til aktuelle krav, vilkår, betingelser, udfordringer osv.

”Sundhedspleje er jo mange ting”

Svaret på de centrale forskningsspørgsmål og dermed hovedkonklusion i dette projekts performative studie af, hvordan danske sundhedsplejerskers faglige selvforståelse kommer til syne i mødet mellem de to metoder hjemmebesøg og konsultation, er, at det er de samme grundlæggende værdier i sundhedspleje-faget, som kommer til udtryk og som

udspiller sig i og gennem de forskellige metoder og forskellige lokaliteter, men at de gør det på forskellig vis.

Introduktionen af den nye metode ”konsultation” i en praksis, hvor hjemmebesøget har en meget høj status, ændrer således ikke umiddelbart på sundhedsplejerskernes forståelser af dette hjemmebesøg som en unik metode med en særlig kvalitet. Hjemmebesøget er fortsat den foretrukne metode i sundhedspleje-arbejdet med børn under ét år og deres forældre, og dette gælder også blandt de sundhedsplejersker, som arbejder med konsultation. Men introduktionen af konsultation kan især bidrage til at få øje på kompleksiteten i forholdet mellem forældre og sundhedsplejersker, og hvordan denne relation er omskiftelig og foranderlig.

Forskellige positioneringer (u)muliggøres ved og gennem de forskellige lokaliteter og når opmærksomheden rettes mod de grænseflader, overgange og mellemrum, som produceres i og gennem arbejdet med hjemmebesøg og arbejdet med konsultation, kommer forskellige subjektiveringsmuligheder og deraf følgende muligheder for at tale og at agere til syne. Dette henleder opmærksomheden på, hvordan relationen mellem forældre og sundhedsplejerske kontinuerligt bliver skabt og genskabt på forskellig vis ikke blot i arbejdet med konsultation men også i arbejdet med hjemmebesøg. En indsigt, som fremkommer i og gennem de performative analyser, er således, at mens sundhedsplejerskernes grundlæggende forståelse af relationen og dennes betydning i det sundhedspleje-faglige arbejde ikke ændres radikalt, så kommer denne relation til udtryk og kommer til at udspille sig på forskellige måder i de forskellige lokaliteter.

Sundhedspleje-faglighed kan læses som noget, der er udspændt mellem forskellige positioner, især mellem sundhedspleje som tilbud/omsorg, der omfatter rådgivning og vejledning i forhold til barnets trivsel og udvikling, og sundhedspleje som tilsyn/kontrol, der omfatter observation og vurdering af barnets fysiske og psykiske sundhed. Gennem disse to meget forskellige tilgange til sundhedspleje som opgave og som arbejde positioneres forældre og sundhedsplejerske samt forholdet mellem dem på meget forskellig vis.

Denne udspændthed er et grundvilkår i sundhedsplejen, og den ændres ikke ved introduktionen af konsultation. Derimod kommer dette grundvilkår, som har været indlejret i faget siden etableringen af det, til at sætte sig igennem på nye måder i relationen mellem forældre og sundhedsplejerske, når mødet foregår under nye

betingelser på en lokalitet, hvor sundhedsplejerskens muligheder for at henholdsvis at levere service/omsorg og for at føre tilsyn/kontrollere er blevet ændret og/eller begrænset.

Begrebet ”tillid” får f.eks. en ny betydning i arbejdet med konsultation. Hvor forældrenes tillid til sundhedsplejersken er en grundlæggende forudsætning for, at døren bliver åbnet for sundhedsplejersken i hjemmebesøget, og for at den betydningsfulde relation også kan opretholdes i fremtiden, forudsætter konsultationen, at sundhedsplejersken har tillid til at forældrene rent faktisk vil komme, og at de også vil fortsætte med dette. Selve ”den tillidsfulde relation”, som er så grundlæggende i sundheds- og sygeplejefagets selvforståelse, bliver dermed omdefineret og nyfortolket.

Sundhedsplejerskerne, som i hjemmebesøgsmodellen synes at påtage sig et ret omfattende ansvar i forhold til at bidrage til barnets sunde opvækst, må med et krav om øget brugerinddragelse – et krav som primært udspringer af en New Public Management tankegang og dermed ikke specifikt knytter sig til introduktionen af konsultation - træde et skridt tilbage og have tillid til, at forældre er i stand til at udvise en positiv og hensigtsmæssig forældreadfærd over for deres barn. Som følge dels af autorisationen som sygeplejerske, som pålægger sundhedsplejersken at udvise omhu i arbejdet, og dels af servicelovens bestemmelse om underretningspligt, kan sundhedsplejersken imidlertid ikke frasige sig et ansvar i forhold til barnet. På den måde vil ud spændingen mellem kontrol og tilbud stadig være et vilkår, men det kommer til at udspille sig på nogle anderledes måder.

I sundhedsplejerskernes forståelser kan konsultation beskrives som en hensigtsmæssig metode, så længe der er tale om afgrænsede problemstillinger. Metoden trækker dermed primært på forståelser af sundhedspleje-opgaven, som prioriterer det, der kan måles, vejes og dokumenteres med tal og kurver. Set i et sådan perspektiv synes konsultation som metode at kunne levere noget af det, som efterspørges i et velfærdssamfund under pres, og i forlængelse heraf også vil kunne bidrage til at synliggøre sundhedsplejerskers faglighed og arbejde. Det sker imidlertid på bekostning af den særlige viden, som sundhedsplejerskerne fremhæver i de performative analyser, en viden som udspringer af ikke-sproglige, kropslige indsigter og erfaringer, knytter sig til det affektive/emotionelle og som derfor er vanskelige at artikulere.

Afhandlingens historiske tilbageblik fremhæver, hvordan sundhedspleje-opgaven har udviklet sig over tid fra at være præcis og afgrænset til at være blevet langt mere omfattende og diffus. I forlængelse heraf kan man med de performative pointer i denne

afhandling rejse spørgsmålet om, hvorvidt opgaven, som i sig selv har ændret sig markant gennem tiden, er blevet forbundet med så stor kompleksitet, at den ikke blot kan løses af én sundhedsplejerske i et distrikt, men at opgaveløsningen derimod forudsætter, at dette arbejde i stedet foregår i teams, der består af flere sundhedsplejersker. Denne pointe knytter ikke specifikt an til introduktionen af konsultation som metode, men derimod til den øgede opmærksomhed på opgaveløsning, kvalitet og effektiv ressourceanvendelse.

Sundhedspleje som fag, arbejde og opgave

Sundhedspleje kan beskrives som et omfattende fagområde i en slags ingenmandsland, der trækker på flere forskellige logikker og dermed også forskellige værdier, som primært er hentet fra socialvidenskab, medicin/sygepleje samt pædagogik/uddannelse. Det er især det medicinske og det sygeplejefaglige område, som i udgangspunktet er adgangsbilletten til sundhedspleje-faget og dermed også til sundhedspleje-arbejdet.

Dette grundlæggende vilkår er imidlertid nedtonet i den forståelse af god sundhedsplejefaglighed, som sundhedsplejerskerne fremhæver gennem egne billeder og tekster i de to *Snaplog* undersøgelser. Dette er ikke det samme som, at dette område ikke har en væsentlig betydning. Det er nok snarere et udtryk for, at dette område er så selvfølgeligt for fagets udøvere, at det ikke sættes til diskussion og dermed er det heller ikke noget, de behøver at overveje og medtænke i deres daglige praksis.

Mens den konkrete undersøgelse af barnet, herunder måling af vægt, længde og hoveomfang eksisterer som noget selvfølgeligt og noget, der tages for givet i sundhedsplejerskens arbejde i hjemmebesøget, så har dette stor betydning for de forældre, hvis barn det handler om. Herigennem bliver det afsløret for forældrene, hvorvidt deres forældreadfærd har været ”god nok”. Standarder, vægte, målebånd, vægtkurver, og andre teknologier i sundhedsplejen kan således læses som noget, der bidrager til at skabe tryghed. Men gennem kategoriseringerne af det normale bestemmes på samme tid det afvigende og det patologiske, som herefter kan gøres til genstand for den særlige indsats. Det er således ikke blot barnet, som er ”på vægten”. Det er forældrene også. Og gennem indberetningerne til Børnedatabasen, som kan danne grundlag for en evaluering af indsatsen og for sammenligninger mellem forskellige sundhedsordninger i kommunerne, gælder dette også sundhedsplejersken og den kommune, hun er ansat i.

Det er autorisationen som sygeplejerske og den kliniske erfaring som sygeplejerske inden for særligt udvalgte faglige områder i kombination med den særlige videre-/specialuddannelse og ansættelsen som sundhedsplejerske i en kommune, der legitimerer adgangen til barnet og dermed familien. Derfor er det en interessant pointe i de performative analyser, at sundhedspleje bliver forstået som noget, der er kvalitativt anderledes end sygepleje. Trods sundhedsplejens dybe rødder i sygeplejen og fortsatte tilknytning gennem autorisationen er dette tilhørsforhold ikke noget, som sundhedsplejerskerne selv fremhæver. Tværtimod opfattes sygepleje snarere som noget, der (måske) skal aflæres gennem uddannelsen. Denne pointe er interessant fra såvel et uddannelsesperspektiv som fra et praksisperspektiv. Her kunne det være interessant at undersøge, hvad der egentlig sker i denne overgang mellem sygepleje og sundhedspleje, og ikke mindst, hvorvidt det, der sker, er meningsfuldt og relevant set i forhold til den aktuelle og fremtidige opgave, som sundhedsplejersker forventes at kunne varetage.

De to metoder, hjemmebesøg og konsultation, er hver især forbundet med forskellige muligheder og betingelser for at ”se” det barn, som er og skal være det centrale i sundhedspleje-arbejdet. Denne pointe henleder opmærksomheden på feministiske teori og blikket samt betydningen af det, man ser med. Med en udspænding mellem omsorg og kontrol er det ikke muligt for sundhedsplejersker at indtage en position som den neutrale uden-for-betragter, der kan observere og vurdere barnet/moderen/familien/faderen uden samtidig at berøre og gribe ind i det, de betragter. Denne pointe får en særlig betydning i dette projekt, da det at se (i flere forskellige forståelser) er et tilbagevendende tema i de performative analyser. Det fremgår af disse, at sundhedsplejerskerne ikke blot trækker på videnskabelig viden (i en naturvidenskabelig forståelse), men også i høj grad trækker på situeret og kontekstbestemt viden, informeret af affekter, emotioner og andre kropslige indsigter og erfaringer.

I ”Agential Realism” har de foretagne kategoriseringer eller ”Agential Cuts” reelle effekter. Med det feministiske perspektiv følger en forpligtelse til dels at redegøre for det apparatus, man ser med, da dette aldrig vil være neutralt men derimod bidrager til konstitueringen af det, man ser, og dels at medtænke de etiske konsekvenser, kategoriseringerne har eller vil kunne få. Og endelig bliver det med udgangspunkt i forståelsen af at sundhedsplejerskers faglige selvforståelser skabes og genskabes som effekt af sammenfiltringerne mellem fakta og værdier nærliggende at (re)vurdere,

hvorvidt disse fakta, idealer og værdier stemmer overens med den virkelighed forældre anno 2015 lever i.

Sundhedsplejerskers faglige selvforståelser

Sundhedspleje er et komplekst felt, som fra fagets etablering har trukket på indsigter fra medicin/sygepleje, pædagogik/uddannelse og socialvidenskab. Et så omfattende felt gør i princippet sundhedspleje-arbejdet uendeligt og bidrager i sig selv til øget uklarhed omkring fagets grænser og rækkevidde.

Forståelser af sundhedspleje som fag, sundhedspleje som opgave og sundhedspleje som arbejde og de fakta og værdier, der knytter sig til de respektive forståelser, er filtret ind i og sammen med hinanden på måder, så sundhedspleje nærmest er blevet synonymt med sundhedsplejerske og hjemmebesøget er blevet et kvalitetskriterium. Selvom man med det performative perspektiv ikke kan forstå fag, opgave og arbejde uafhængigt af hinanden, er det imidlertid ikke helt ligegyldigt, hvorfra man taler, når man taler om sundhedspleje

De forståelser af opgaver og opgaveløsning, som kommer til syne og til udtryk i bevægelserne mellem det, som var, det som er og det, som kommer, kan læses som sammenfiltringer mellem forskellige forståelser, idealer og værdier, der ikke hører naturligt sammen. I tilslutning til disse sammenfiltringer produceres en række paradokser, som ikke kan opløses gennem praktiske greb men derimod kommer til at indgå i forståelserne af sundhedspleje som fag, opgave og som arbejde som potentielt modsatrettede logikker.

Strukturreformen med dens fremhævelse af opgaver og opgaveløsning (frem for fag og fagområder) med henvisning til kvalitet, øget brugerinddragelse og effektiv ressourceanvendelse gør, at det er relevant at (gen)tænke på den ene side i hvilket omfang sundhedspleje-fagets idealer og værdier stemmer overens eller kolliderer med de værdier og idealer som er de dominerende anno 2015 og på den anden side hvordan sundhedsplejersker med deres egenart og faglighed kan bidrage til at løse denne opgave bedst muligt, når ”bedst muligt” kan forstås på flere forskellige måder og derfor står til stadig diskussion.

Sundhedspleje-opgaven og metoderne til at løse opgaven er ikke (og har formentlig aldrig været) klart definerede. I et uddannelsesperspektiv er det væsentligt at overveje, om opgaven primært skal være Public Health, hvor tanken er at nå individet gennem et

generelt fokus på populationer, eller om opgaven snarere skal være Health Visiting, hvor vejen til familiens sundhed går gennem individet i form af barnet. Og skal sundhedsplejersker udelukkende være såkaldte ”Case Finders”, der opsporer og afdækker potentielle problemstillinger i forhold til børn og herefter henviser til andre faggrupper? Eller skal sundhedsplejersker være Case Workers, der kan bidrage til at løse opgaven?

Love og bekendtgørelser er magtfulde aktører set i relation til opretholdelsen af hjemmebesøgets særlige status. Med loven om forbyggende sundhedsordninger i 1995 blev hjemmebesøgets særlige status stadfæstet, og i forlængelse heraf blev sundhedsplejerskernes position som betydningsfulde aktører i børnesundhedsarbejdet styrket (på trods af forskydningen fra lov om *sundhedsplejersker* til lov om *sundheds*-ydelser).

Den aktuelle vejledning, der ikke blot angiver et anbefalet antal hjemmebesøg til børn under ét år, men også omhyggeligt beskriver såvel mål som indhold af de enkelte besøg, kan læses som et redskab til at sikre kvalitet og ensrettede tilbud. Men den kan også læses som bestræbelser på at opretholde hjemmebesøg som den væsentligste metode/strategi i sundhedsplejerskernes arbejde. En sådan standardisering af sundhedsydelserne står umiddelbart i et modsætningsforhold til sundhedsplejerskernes grundlæggende forståelse af god sundhedspleje-faglighed, således som den kommer til udtryk i de to *Snaplog* undersøgelser.

Sundhedsplejerskers arbejde med hjemmebesøg har traditionelt været karakteriseret ved selvstændighed, et vist råderum og en vis selvbestemmelse for den enkelte sundhedsplejerske. Både arbejdet med konsultation som en metode og arbejdet i teams i et sundhedscenter muliggør øget kontrol med og styring af såvel sundhedsplejerskerne som deres arbejde med børn under ét år og deres forældre. Heroverfor står imidlertid, at sundhedsplejerskerne opfatter det øgede samarbejde med egen faggruppe og de tværfaglige samarbejdspartnere som noget, der gør dem mere fagligt skarpe og dermed bidrager til at styrke fagligheden. Arbejdet i teams øger muligheden for faglig sparring og sundhedsplejerskerne får mulighed for at kigge hinanden i kortene og over skulderen. Dette bidrager til følelsen af en større åbenhed samt af at være mere professionel og fagligt skarp. Desuden bliver sundhedspleje-arbejdet mindre ensomt og i højere grad et fælles projekt fremfor at være den enkelte sundhedsplejerskes eget projekt.

Med kommuners standardiserede besøgsprofiler og med deltaljeringsgraden i sundhedsstyrelsens retningslinjer følger også en øget indgriben i den enkelte

sundhedsplejerskes arbejde, som således ikke er specifikt forbundet med fænomenerne, konsultation og sundhedscentre. Råderummet i forhold til at definere og bestemme indholdet i sundhedspleje-arbejdet er blevet indsnævret, hvilket bidrager til at tydeliggøre omfanget i og rækkevidden af sundhedspleje-arbejde. Spørgsmålet her er, hvordan dette stemmer overens med sundhedsplejerskers faglige selvforståelser.

Saver vi den gren over, vi selv sidder på, når vi introducerer en ny metode i en praksis, hvor en anden metode har en meget høj status? Eller har vi egentlig en gren at sidde på, hvis vi, sundhedsplejersker, ikke erkender, at forandringer er et vedvarende vilkår i arbejdet?

Med et poststrukturalistisk perspektiv læses både forandringer og faglige selvforståelser som noget flydende og konstant foranderligt, hvilket fordrer til løbende overvejelser med henblik på, hvordan vi med vores forståelser af god sundhedspleje-faglighed og kvalitet i sundhedspleje-arbejde kan bidrage til løsningen af sundhedspleje-opgaverne under hensyntagen til aktuelle vilkår og betingelser uden kritisk at forkaste alle fagets grundlæggende værdier men samtidig også nytænke og videreudvikle disse.

Projektets mange indsigter giver også anledning til at overveje, hvordan den aktuelle uddannelse til sundhedsplejerske bidrager til skabelsen og opretholdelsen af de idealer, som udspiller i sig i det sundhedspleje-faglige felt, samt hvordan uddannelsen kan bidrage til at uddanne til det konkrete felt, nutidens og fremtidens sundhedsplejersker forventes at kunne agere i – herunder f.eks. at kunne redegøre for egen faglighed på måder, så også ikke-sundhedsplejersker kan forstå det.

Resume

Afhandlingens titel

Ingen andre har forstået os, har forstået hvor vigtige vi er - En undersøgelse af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser

Forskningens udgangspunkt

Med udgangspunkt i en antagelse om at danske sundhedsplejersker har problemer i forhold til at kunne artikulere egen faglighed på måder, som også ikke-sundhedsplejersker kan forstå, studeres sundhedsplejerskers faglige selvforståelser performativt som noget, der kommer til syne og til udtryk i og gennem arbejdet, med særligt fokus på introduktionen af en ny metode i en praksis, hvor en anden metode har en meget høj status.

To centrale forskningsspørgsmål bliver rejst i afhandlingen:

Hvordan fremstilles "god sundhedspleje-faglighed" i sundhedsplejerskers forståelse?

Hvordan kommer sundhedsplejerskers faglige selvforståelser til syne i mødet med den potentielt nye strategi, "konsultation", i det sundhedspleje-faglige arbejde med børn under et år?

Projektet søger dermed at generere empirisk viden om danske sundhedsplejerskers faglige selvforståelser og formålet med at genere en sådan viden er at bidrage til at styrke fagligheden og den faglige udvikling i sundhedspleje-faget set i relation til aktuelle vilkår, krav, betingelser, udfordringer, osv. Dette formål gør projektet relevant især set i et sundhedspleje-praksis perspektiv og i et uddannelsesperspektiv. Da forskningens genstand bl.a. udforskes som et forhold mellem identitet og organisatorisk forandring, kan projektet også læses som noget, der taler ind i feltet, Organisation og Læring.

Teori og metode

Det teoretiske udgangspunkt er poststrukturalistisk teori. Projektet trækker på og er informeret af indsigter fra "Science and Technology Studies" (STS), nærmere bestemt Aktør-Netværk Teori (ANT) og Feministisk Materialisme, nærmere bestemt Karen Barads teori "Agential Realism".

I forlængelse af dette valg undersøges sundhedsplejerskers faglige selvforståelser på baggrund af performativ organisatorisk etnografi, hvor blikket er rettet mod sundhedsplejerskers forståelser af arbejdet med den sundhedsfremmende og forebyggende opgave i relation til børn under et år og deres forældre i almindelighed og mod de faglige forståelser af (u)mulige metoder i dette arbejde i særdeleshed.

Det etnografiske feltarbejde er blevet gennemført i fem forskellige kommuner i perioden maj 2010 til juni 2013 og forskellige kvalitative metoder som observationsstudier, fokusgruppeinterview samt den eksperimenterende, visuelle, performative forskningsmetode, *Snaplog* er blevet taget i brug med henblik på at producere empirisk materiale.

Med ANT og det performative perspektiv rettes fokus ikke blot på de humane men også mod non-humane aktører. I projektet har dette bl.a. givet anledning til at se nærmere på nogle af de dokumenter og tekster, som er med til at bestemme feltet og som feltet gør brug af, når det selv-forstår sig. Inspireret af feministisk teori er forskningsdesignet således tilrettelagt med henblik på ambitionen om at opspore mange forskellige historier om forskningens genstand flere forskellige steder fra.

Forskningens fund og indsigter

De performative analyser i afhandlingen retter sig især mod en undersøgelse af, hvordan bevægelser i form af f.eks. overgange og grænsedragninger producerer grænseflader og mellemrum, samt hvilke effekter dette har. Med en sådan analysestrategi er kompleksiteten i sundhedspleje som fag, opgave og arbejde trådt tydeligere frem, hvilket har medvirket til fremkomsten af interessant empirisk viden og mange væsentlige pointer set i forhold til projektets formål.

Sundhedsplejerskers faglige selvforståelser kan læses som effekt af såvel humane som non-humane aktørers bestræbelser på at opretholde en vis stabilitet. Især Rockefeller Fonden med dens liberalistiske tanker om at bidrage til løsning af sociale problemer uden at ændre det kapitalistiske system har sat nogle varige spor i danske sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. Denne indflydelse kan i 2014, hvor ”New Public Management” strategier omdefinerer den nordiske velfærdsmodel, bidrage til at give drivkraft til oplevelserne af at være under pres og mangle anerkendelse.

Retningslinjer og standarder er magtfulde aktører set i relation til konstitueringen og re-konstitueringen af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser. Standardiserede

besøgsprofiler, som har til formål at sikre kvalitet og ensrettede tilbud, lægger sig i forlængelse af en målrettet sundhedsstrategi og står dermed umiddelbart i modsætning til den generelle sundhedsstrategi, hvor formålet er situeret og bestemmes lokalt.

De performative analyser fremhæver, hvordan sundhedsplejerskerne i deres fremstillinger af god sundhedspleje-faglighed særligt orienterer sig mod det uspecifikke situerede sundhedspleje-arbejde, som bl.a. bliver beskrevet som noget, der ikke umiddelbart kan ses, samt noget, der kan være uforudsigeligt og uforudset. Dette øger vanskelighederne med at kunne redegøre for fagligheden med ord og begreber, som er præcise og dækkende.

Sundhedspleje-faglighed kan i udgangspunktet læses som noget der er udspændt mellem forskellige positioner, og især mellem de to positioner, sundhedspleje som tilbud, der omfatter rådgivning og vejledning i forhold til barnets trivsel og udvikling, og sundhedspleje som tilsyn, der omfatter observation og vurdering af barnets fysiske og psykiske sundhed.

De faglige bestemmelser og afgrænsninger, der bidrager til at definere børn/familier som udsatte, sårbare, skrøbelige, ressourcesvage, osv. med potentielle særlige behov (eller det modsatte) er på den ene side selve forudsætningen for, at den særlige indsats kan komme i stand (eller afvises). På den anden side har en sådan kategorisering reelle konsekvenser, ved at barnet/familien i samme bevægelse og på samme tid sættes udenfor og/eller afgrænses i forhold til det, der ellers kan anses for at være normalt, godt, hensigtsmæssigt, osv. Dermed kan faglige vurderinger i sundhedsplejen læses som kategoriseringer, der fører til grænsedragninger mellem på den ende side det, der kan defineres som det normale, det gode, det hensigtsmæssige osv. og på den anden side det, der ikke kan.

Når opmærksomheden rettes mod de grænseflader, overgange og mellemrum, som produceres gennem sådanne kategoriseringer, fremtræder de forskellige positionerings- og subjektiveringsmuligheder, som skaber forskellige betingelser i forhold til at tale og agere. Samtidig bliver det også muligt at få øje på, hvordan disse kategoriseringer har reelle effekter for dem, det hele handler om, det vil sige børnene (og deres familier), samt at sundhedsplejerskers faglige selvforståelser skabes og genskabes som effekt af sammenfiltrede fakta og værdier.

Dette henleder især opmærksomheden på den feministiske pointe omkring blikket og blikkets betydning samt betydningen af det, man ser med. Denne pointe får en særlig

betydning i dette projekt, da det at se (i flere forskellige udgaver) er et tilbagevendende tema i de performative analyser, og fremhæver, hvordan sundhedsplejersker ikke blot trækker på rationel viden hentet fra (natur)videnskaben, men også i høj grad trækker på situerede data, som bl.a. er informeret af noget emotionelt/affektivt og noget kropsligt.

I forlængelse af dette kan sundhedsplejerskers faglige selvforståelser læses som sammenfiltringer af forskellige vidensområder med forskellige logikker og dermed også forskellige værdier. Med det feministiske perspektiv bliver det således væsentligt dels at redegøre for det apparatus, man ser med, da dette aldrig vil være neutralt men derimod bidrager til konstitueringen af det, man ser, og dels at medtænke de etiske konsekvenser, de anvendte blikke har eller vil kunne få.

Forståelser af sundhedspleje som fag, sundhedspleje som opgave og sundhedspleje som arbejde og de fakta og værdier, der knytter sig til de respektive forståelser, er filtret ind i og sammen med hinanden på måder, så sundhedspleje er blevet til sundhedsplejerske, hjemmebesøg til et kvalitetskriterium osv. Og selvom man med det performative perspektiv ikke kan forstå fag, opgave og arbejde uafhængigt af hinanden, er det på den anden side ikke helt lige gyldigt, hvorfra man taler, når man taler om sundhedspleje.

De performative analyser fremhæver, hvordan grundlæggende begreber i sundhedsplejen som f.eks. ”Public Health” og ”Health Visiting” hver især har multiple betydninger og fungerer side og side, ligesom strategier eller metoder som f.eks. hjemmebesøg eller konsultation heller ikke er præcist og klart defineret. De performative analyser giver i forlængelse af denne pointe anledning til at (gen)overveje, hvad sundhedsplejerskernes opgave mere præcist skal være.

Over tid har sundhedsplejerskernes opgave udviklet sig fra at være præcis og afgrænset til at være blevet mere omfattende og diffus. Strukturreformens med dens fremhævelse af opgaver og opgaveløsning (frem for fag og fagområder) med henvisning til kvalitet, øget brugerinddragelse og effektiv ressourceanvendelse gør, at det er relevant at (gen)tænke på den ene side, i hvilket omfang sundhedspleje-fagets idealer og værdier stemmer overens eller kolliderer med de værdier og idealer som er de dominerende anno 2014, og på den anden side hvordan sundhedsplejersker med deres egenart og faglighed kan bidrage til at løse denne opgave bedst muligt, når ”bedst muligt” kan forstås på flere forskellige måder og derfor står til stadig diskussion.

Endelig giver projektets mange pointer anledning til at (gen)overveje selve sundhedsplejerske-uddannelsen med henblik på i hvilket omfang, den bidrager til at uddanne til det felt, nutidens og fremtidens sundhedsplejersker forventes at kunne agere i.

Abstract

Title of the Dissertation

Nobody else has understood us, has understood how important we are. A Study of Health Visitors' Professional Self-concepts.

The Point of Departure for the Research

Based on the assumption that Danish health visitors have problems articulating their own professionalism in ways which are readily understandable also to non-health visitors, the professional self-concepts of health visitors are studied performatively as something which appears and manifests itself in and by means of the job - with special focus on the introduction of a new practice method in a field where another practice method is already in great standing.

The Dissertation formulates two key research questions:

How does "good health care professionalism" appear in the understanding of health visitors?

How do the professional self-concepts of health visitors manifest themselves when encountering the potentially new strategy "consultation" in professional health care work with children under one year?

The project thus endeavours to generate empirical knowledge about the professional self-concepts of Danish health visitors. The purpose of generating this knowledge is to contribute to a reinforcement of professionalism and professional development within the health visitor field in relation to existing terms, requirements, conditions, challenges, etc. This goal makes the project relevant especially from the perspectives of health care practice and education. As the research object is studied f.inst. in the context of identity and organisational change, the project may also be read as something which affects the field of Organisation and Learning.

Theory and Method

The theoretical point of departure is post-structuralist theory. The project draws upon and is informed by insights from "Science and Technology Studies" (STS), particularly the

Actor-Network Theory (ANT) and Feminist Materialism, particularly Karen Barad's theory "Agential Realism".

Against the backdrop of the chosen theory, the professional self-concepts of health visitors are studied based on performative, organisational ethnography where the gaze is generally directed at the health visitors' understanding of health promoting and preventive care work in relation to children under one year and their parents and particularly at the professional understandings of the (im)possible methods of this work.

The ethnographic field work has been implemented in five different municipalities from May 2010 to June 2013, and various qualitative methods such as observational studies, focus group interviews and the experimental, visual and performative research method *Snaplog* have been applied in order to produce empirical material.

With ANT and the performative perspective, focus is directed not only at human, but also at non-human actors. In the project this has inspired to a closer glance at some of the documents and phrasings used to define the field and used by the field in the process of understanding itself. Inspired by feminist theory, the research design has thus been planned to meet the ambition of tracking many different stories about the research object from different angles.

The Findings and Insights of the Research

The empirical analyses are especially directed at studying how movements such as transitions and demarcations produce interfaces and spaces, and the effect hereof. With this analytical strategy, the complexity of health care as a subject, task and job becomes clearer, which has contributed to the production of interesting empirical knowledge and many essential points in relation to the goal of the project.

Health visitors' professional self-concepts may be read as effects of the efforts by human as well as non-human actors to maintain certain stability. With its liberalist thoughts about contributing to the solution of social problems without changing the capitalist system, the Rockefeller Foundation in particular has left indelible traces in Danish health visitors' professional self-concepts. In 2014, when "New Public Management" strategies are redefining the Nordic welfare model, this influence may add some driving force to the perception of being under pressure and lacking recognition.

Guidelines and standards are powerful actors in relation to the establishment and re-establishment of health visitors' professional self-concepts. Standardised visit profiles

which shall secure quality and uniform services may be viewed as extensions of a focused health strategy and are thus an antithesis to the general health strategy, the purpose of which is locally situated and determined.

The empirical analyses stress how in their perception of good health care professionalism, the health visitors distinctively orient themselves toward the unspecific, situated health care work which may f.inst. be described as something which may not immediately be seen and something which may be unpredictable and unforeseen. This adds to the difficulties of accounting for the professionalism in precise and adequate words and concepts.

Basically, health care professionalism may be read as something which has been stretched between various positions, and especially between the position of health care as an offer -including counselling and guidance in relation to the child's well-being and development - and the position of health care as supervision or control - including observation and evaluation of the child's physical and psychic health.

On the one hand, the professional decisions and demarcations which lead to the definition of children/families as exposed, vulnerable, socio-economically disadvantaged, etc. with special needs (or the opposite) are the very prerequisite for the establishment (or refusal) of the special efforts. On the other hand, such categorisation has tangible consequences because in the same movement and at the same time the child/family is excluded and/or demarcated from what is otherwise considered as normal, good, appropriate , etc. Thus, professional evaluations within health care may be read as categorisations which lead to demarcations between – on the one hand – matters which may be defined as normal, good, appropriate, etc., and - on the other hand – matters which cannot be categorised as such.

Turning the attention to the demarcations, transitions and spaces which are produced by such categorisations, various options for positions and subjectivity appear which create different conditions in relation to talking and acting. At the same time, it becomes transparent how these categorisations have tangible effects for those who are at the centre of attention, i.e. the children (and their families), and it becomes obvious that the professional self-concepts of health visitors are created and recreated as the result of entangled facts and values.

This draws special attention to the feminist point about the gaze, the significance of the gaze and the significance of the apparatus with which the gaze is applied. This point is

particularly significant in this project because “gazing” (in various versions) is a recurring theme in the empirical analyses, stressing how health visitors not only draw upon rational knowledge from (natural) sciences, but also draw extensively upon situated data which is f.inst. illustrated by bodily insights and something emotional/affective.

In continuation hereof, the professional self-concepts of health visitors may be read as entanglements of various fields of knowledge with different logics and consequently different values. From the feminist perspective it thus becomes essential on the one hand to account for the apparatus with which you apply the gaze as this will never be neutral, but always contribute to the establishment of that which is in focus, and on the other hand to incorporate the ethical consequences which the applied gazes have or might have.

Understandings of health care as a subject, health care as a task and health care as a job, and the facts and values associated with the respective understandings, are tangled up and entangled in each other in such a way that health care has become health visitor, health visiting has become a quality criterion, etc. Even if the performative perspective does not allow subject, task and job to be viewed independently, it is still significant to distinguish between these concepts when you talk about health care.

The empirical analyses stress how basic concepts within health care, such as ”Public Health” and ”Health Visiting”, each have multiple meanings and function side by side, in the same way as strategies or methods such as health visiting or consultation are not accurately or clearly defined. In addition, the empirical analyses make it desirable to (re)consider more precisely what the task of the health visitors should be.

Over time the task of health visitors has developed from being precisely defined to becoming something more extensive and blurred. With its emphasis on quality, increased user involvement and effective use of resources, the structural reform makes it relevant on the one hand to (re)consider the extent to which the ideals and values of the health care profession are consistent with or collide with the values and ideals which dominate in the year 2014, and on the other hand to (re)consider how the uniqueness and professionalism of health visitors may contribute to the optimal solution of this task when “optimal” may be understood in various ways and therefore constantly is up for discussion.

Finally, the many points of the project may prompt a (re)consideration of the actual health visitor education to determine whether the education is fully suited to train future health visitors for the field in which they are expected to perform.

Referencer

Abbott, A. (1988). *The System of Professions - An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

Alvesson, M. (2000). Social Identity and the Problem of Loyalty in Knowledge-Intensive Companies. *Journal of Management Studies, 37*(8), 1101-1123.

Alvesson, M. (2003). Methodology for Close up Studies: Struggling with Closeness and Closure. *Higher Education 46*(2), 167-193.

Alvesson, M. (2009). At-home Ethnography: Struggling with Closeness and Closure. In S. Ybema, D. Yanow, H. Wels & F. H. Kamsteed (Eds.), *Organizational Etnography – Studying the Complexities of Everyday Life* (pp. 156-174). London: Sage Publications Ltd.

Amlund, I. (2008). Historisk rids af sundhedsplejens historie - de første 70 år. I S. Hede, L. Nissen & A. M. Lundhus (Red.), *Sundhedsplejersken - 70 års sundhedspleje i Danmark* (s. 11-19). Århus: Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker og Kvindemuseet i Danmark.

Andersen, I., Nicolaisen, E., & Østergaard, S. (1988). *Altid på vej: 1938-1988*. Arhus: Danmarks Sygeplejerskehøjskole.

Anderson, C. A. (2000). Undereducated, Aging and ... a Cycle of Decline. *Nursing Outlook, 48*, 53-54.

Andrews, T. M., & Wærness, K. (2011). Deprofessionalization of a Female Occupation: Challenges for the Sociology of Professions. *Current Sociology, 59*(1), 42-58.

Aranda, K., & Jones, A. (2008). Exploring New Advanced Practice Roles in Community Nursing: A Critique. *Nursing Inquiry, 15*(1), 3-10.

Arcada. (2013). Utbildning till hälsovårdare. Lokaliseret 10.2, 2014, på http://www.arcada.fi/sv/bachelorexamen/halsovardare

Ashforth, B. E., & Mael, F. (1989). Social Identity and the Organization. *Academy of Management Review, 14*(1), 20-39.

Axelsen, I. (2004). *Sundhedspleje og "særlige indsatser for svagt stillede børn og unge" - myte eller virkelighed?: Om genesen og strukturen af bestemmelser om hvad der er godt for børn og unge i Danmark: ph.d. afhandling*. København: Københavns Universitet, Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik.

Baldwin, S. (2012). Exploring the Professional Identity of Health Visitors. *Nursing Times, 108*(25), 12-15.

Barad, K. (1999). Agential Realism - Feminist Interventions in Understanding Scientific Practices. In M. Biagioli (Ed.), *The Science Studies Reader* (pp. 1-11). New York and London: Routledge.

Barad, K. (2003). Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter. *Signs: Journal of Women in Culture and Society, 28*(3), 801-831.

Barad, K. (2007). *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham and London: Duke University Press.

Barad, K. (2012). Nature's Queer Performativity. *Kvinder, Køn & Forskning* (1-2), 25-53.

Barbour, R. (2007). *Doing Focus Groups*. London: Sage.

Bjornsdottir, K. (2008). The Ethics and Politics of Home Care. *International Journal of Nursing Studies, 46*(5), 732-739.

Blok, A., & Elgaard Jensen, T. (2009). *Bruno Latour: Hybride tanker i en hybrid verden*. København: Hans Reitzel.
Bramming, P., Gorm Hansen, B., Bojesen, A., & Olesen, K. G. (2012). (Im)perfect Pictures: Snaplogs in Performativity Research. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal 7*(1), 54-71.
Bramming, P., Gorm Hansen, B., & Olsen, K. G. (2009). SnapLog - en performativ forskningsteknologi, eller hvad grævlingelorten fortæller om lærertrivsel. *Tidskrift for Arbejdsliv, 11*(4), 24-37.
Brummans, B. H. J. M., Putnam, L. L., Gray, B., Hanke, R., Lewicki, R. J., & Wiethoff, C. (2008). Making Sense of Intractable Multiparty Conflict: A Study of Framing in Four Environmental Disputes. *Communication Monographs, 75*(1), 25-51.
Brødsgaard, A. (2011). *A Childhood with or without Overweight - Mothers' Action Competence, Health Behaviour and Relationships with their Children.* Ph.D. afhandling, Syddansk Universitet. Lokaliseret på http://www.hvidovrehospital.dk/NR/rdonlyres/44AC21AD-0B7F-4023-9066-5053034D5E36/0/AB_PhdThesisJuni2011.pdf
Buus, H. (1995). Mødregrupper i sundhedsplejen. *Klinisk sygepleje, 9*(3), 112-125.
Buus, H. (2001). *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse: En kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af velfærdsstatens embedsværk*. København: Museum Tusculanum.
Buus, H. (2002). Amerikansk indflydelse på den danske velfærdsstat. *Humaniora, 17*(2), 24-28.
Buus, H. (2008). *Indretning og efterretning: Rockefeller Foundations indflydelse på den danske velfærdsstat 1920-1970*. København: Museum Tusculanum.
Bülow, H., & Jakobsen, L. (2008). Hjemmebesøget - en hellig ko i Danmark? *Sundhedsplejersken, 2*, 30-34.
Baarts, C. (2010). Autoetnografi. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalittaive metoder - en grundbog* (s. 153-163). København: Hans Reitzels Forlag.
Callon, M. (1986). Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St. Brieuc Bay. In J. Law (Ed.), *Power, Action and Belief* (pp. 196-233).
Callon, M. (1999). Actor-Network Theory: The Market Test. In J. Law (Ed.), *Actor Network Theory and After* (pp. 181-195). Oxford: Blackwell Publishing.
Caraher, M., & McNab, M. (1997). Public Health Nursing: An Alternative Viewpoint. *Health Visitor 70*, 105-106.
Carlile, P. R., Nicolini, D., Langley, A., & Tsoukas, H. (2013). Introducing the Third Volume of "Perspectives on Organizations Studies". In P. R. Carlile, D. Nicolini, A. Langley & H. Tsoukas (Eds.), *How Matter Matters: Objects, Artefacts, and Materiality in Organization Studies*. Oxford: Oxford University Press.
Carnwell, R. (2000). Models of specialist and higher level health visiting. In A. Robotham & D. Sheldrake (Eds.), *Health Visiting: Specialist and Higher Level Practice* London: Churchill Livingstone.
Center for Forebyggelse Sundhedsstyrelsen. (2005). Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Lokaliseret på http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf
Child, J., & Rodrigues, S. (2011). Social Identity and Organizational Learning. In M. Esterby-Smith & M. A. Lyles (Eds.), *Handbook of Organizational Learning and Knowledge Management* (2 ed., pp. 305-329). Chichester: Wiley.
Christ, M., Sawyer, T., Muench, D., & Huillet, A. (2007). Comparison of Home and Clinic Well-Baby Visit in a Military Population. *Military Medicine, 172*(5), 515-519.

Clancy, A. (2007). A Profession under Threat? An Exploratory Case Study of Changes in Norwegian Public Health Nursing. *International Nursing Review, 54*, 197-203.
Cliff, H. (2002). *Fast ansat ved mysteriet - Den Almindelige Danske Jordemoderforening 1902-2002*. København: Borgens Forlag.
Colucci, E. (2007). "Focus Groups Can Be Fun": The Use of Activity-Oriented Questions in Focus Group Discussions. *Qualitative Health Research, 17*(10), 1422-1433.
Corley, K. G., Gioia, D. A., & Nag, R. (2011). Subtle Learning and Organizational Identity as Enablers of Strategic Change. In M. Easterby-Smith & M. A. Lyles (Eds.), *Organizational Learning and Knowledge Management* (2 ed., pp. 349-365). Chichester: Wiley.
Cowin, L. S., Craven, R. G., Johnson, M., & Marsh, H. W. (2006). A Longitudinal Study of Student and Experienced Nurses' Self-concept. *Collegian, 13*(3), 25-31.
Cowley, S. (2002). What's in a Name? Health Visiting is Health Visiting. *Community Practitioner, 75*(8), 304-307.
Craig, P. M., & Smith, L. N. (1998). Health Visiting and Public Health: Back to our Roots or a New Branch? *Health and Social Care in the Community, 6*, 172-180.
Crawford, P., Brown, B., & Majomi, P. (2008). Professional Identity in Community Mental Health Nursing: A Thematic Analysis. *International Journal of Nursing Studies, 45*(7), 1055-1063.
Cunliffe, A. (2010). Retelling Tales of the Field: In Search of Organizational Ethnograhy 20 Years On. *Organizational Research Methods, 13*(2), 224-239.
Dahl, H. M. (2005). A Changing Ideal of Care in Denmark: A Different Form of Retrenchment? In H. M. Dahl & T. R. Eriksen (Eds.), *Dilemma of Care in the Nordic Welfare State: Continuity and Change* (pp. 47-61). Aldershot: Ashgate.
Dahler-Larsen, P. (2005). Dokumenter som objektiveret virkelighed. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* (s. 235-254). København: Hans Reitzels Forlag.
Dahlerup, P. (2002). *Dekonstruktion: 90'ernes litteraturteori*. København: Nordisk Forlag.
Damsholt, T., & Simonsen, D. G. (2009). Materialiseringer – processer, relationer og performativitet – Tine Damsholt og Dorthe Gert Simonsen I T. Damsholt, D. G. Simonsen & C. Mordhorst (Red.), *Materialiseringer: nye perspektiver på materialitet og kulturanalyse* (pp. side 9-37). Århus: Aarhus Universitetsforlag.
Department of Health. (2011). Health Visitor Implementation Plan 2011–15 - A Call to Action February 2011. Lokaliseret på https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213759/dh_124208.pdf
Despret, V. (2005). Sheep do have Opinions. In B. Latour & P. Weibel (Eds.), *Making Things Public - Atmosphere and Democracy* (pp. 360-368). Cambridge: MIT Pres.
Drew, D. (2011). Professional Identity and the Culture of Community Nursing. *British Journal of Community Nursing, 16*(3), 126-131.
Due, P., & Holstein, B. (2010). Sociale relationer og sundhed I F. Kamper-Jørgensen & G. Almind (Red.), *Forebyggende sundhedsarbejde – Baggrund. Analyse og teori. Arbejdsmetoder* (4 ed., s. 210 – 219). København: Munksgaard Danmark.
Dupret Søndergaard, K., & Krøjer, J. (2011). Hvad der gør noget og hvilken etik det implicerer - Om uregerlighed, risikovillighed og langsommelighed. *Nordiske udkast* (Nr. 1/2), 73-87.
Easterby-Smith, M., & Lyles, M. A. (2011). The Evolving Field of Organizational Learning and Knowledge Management. In M. Easterby-Smith & M. A. Lyles

(Eds.), *Handbook of Organizational Learning & Knowledge Management* (2. ed., pp. 1-20). Chichester: Wiley.
Egelund, T., & Hilgaard, L. (1993). *Social rådgivning og social behandling*. København: Hans Reitzels Forlag.
Elgaard Jensen, T. (2003). *Aktør-netværksteori: en sociologi om kendsgerninger, karakker og kammuslinger*. Copenhagen: Institute of Organization and Industrial Sociology, Copenhagen Business School.
Elkan, R., Kendrick, D., Hewitt, M., Robinson, J., Tolley, K., Blair, M., . . . Brummell, K. (2000). The Effectiveness of Domiciliary Health Visiting: A Systematic Review of International Studies and a Selective Review of the British Literature. *Health Technology Assessment Programme, 4*, 199-230.
Eriksen, T. R. (2005). Professionsidentitet i forandring - Komparativ perspektivering. I T. R. Eriksen & A. M. Jørgensen (Red.), *Professionsidentitet i forandring* (s. 244-267). København: Akademisk Forlag.
Esmark, A., Laustsen, C. B., & Andersen, N. Å. (2005). Poststrukturalistiske analysestrategier - en introduktion. I A. Esmark, C. B. Lausten & N. Å. Andersen (Red.), *Poststrukturalistiske analysestrategier* (s. 7-35). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
Evans, L. (2007). Professionalism, Professionality and the Development of Education Professionals. *British Journal of Educational Studies, 56*(1), 20-38.
Evetts, J. (2003). The Sociological Analysis of Professionalism: Occupational Change in the Modern World. *International Sociology 18*(2), 395-415.
Facebookgruppen Sundhedsplejersken. (2010). Lokaliseret 30.12, 2010, på http://da-dk.facebook.com/groups/Sundhedsplejersken/
Fagerberg, I. (2004). Registered Nurses' Work Experiences: Personal Accounts Integrated with Professional Identity. *Journal of Advanced Nursing, 46*(3), 284-291.
Fagerberg, I., & Kihlgren, M. (2001). Experiencing a Nurse Identity: The Meaning of Identity to Swedish Registered Nurses 2 Years after Graduation. *International Journal of Nursing Practice, 7*, 229-236.
Fagermoen, M. S. (1997). Professional Identity: Values embedded in Meaningful Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing, 25*, 434-441.
Fawcett, J. (2003). On Bed Baths and Conceptual Models of Nursing. *Journal of Advanced Nursing, 44*(3), 229-230.
Fischer, D., Fischer, M., Fredholm, L., Hansen, C. F., Madsen, S., & Rasmussen, L. (2008). Hvad sker med hjemmebesøget? I S. Hede, L. Nissen & A. M. Lundhus (Red.), *Sundhedsplejersken - 70 års sundhedspleje i Danmark* (s. 67-72). Århus: Kvindemuseet I Danmark.
Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Critical Inquiry, 8*, 777-795.
Freidson, E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity.
Gherardi, S. (2006). *Organizational Knowledge: The Texture of Workplace Learning*. Malden: Blackwell Pub.
Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structure* Berkeley, CA: University of California Press.
Gioia, D. A. (1998). From Individual to Organizational Identity. In D. A. Whetten & P. C. Godfrey (Eds.), *Identity in Organizations - Building Theory Through Conversations* (pp. 17-31). London and New Dehli: Sage Publications.
Gioia, D. A., Schultz, M., & Corley, K. G. (2000). Organizational Identitity, Image and Adaptative Instability. *Academy of Management Review, 25*, 63-81.
Glavin, K., Smith, L., Smørum, R., & Ellefsen, B. (2010). Supportive Counselling by Public health Nurses for Women with Postpartum Depression. *Journal of Advanced Nursing, 66*(6), 1317-1327.

Goffman, E. (1986). *Frame Analysis: An essay on The Organization of Experience*. Lebanon: Northeastern University Press.
Gomart, E. (2004). "Surprised by Methadone: In Praise of Drug Substitution in a French Clinic". *Body and Society, 10*(2-3), 85-110.
Guldager, E. (1992). *Sundhedsplejen på vægten*. København: Munksgaard.
Guldager, E. (2012). Netværksteorier i relation til sundhedspleje. I J. Rasmussen & V. Samberg (Red.), *Sundhedspleje - Et fag i forandring* (s. 215-229). København: Munksgaard.
Halford, S. (2003). Gender and Organisational Restructuring in the National Health Service: Performance, Identity and Politics. *Antipode, 35*(2), 286-308.
Halkier, B. (2008). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
Hansen, K., Bjørnholt, B., Jespersen, P. K., Nielsen, J. A., & Salomonsen, H. H. (2008). *Nye kommuner i støbeskeen - om organisering og styring i de nye kommuner*. København: Handelshøjskolens Forlag.
Hansen, K. V. (2005). Konsultation Revisited. *Pædagogisk-Psykologisk Rådgivning, 42*(1), 4-13.
Hansen, L. L., & Werlauff, E. (2013). *Den juridiske metode - en introduktion*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies, 14*(3), 575-599.
Haraway, D. (1991). *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. London: Free Association.
Haraway, D. (1992). The Promises of Monsters: A Regenerative Politics for Inappropiate/d Others. In L. Grossberg, C. Nelson & P. Treichler (Eds.), *Cultural Studies* (pp. 295-337). New York and London: Routledge.
Harper, D. (2002). Talking about Pictures: A Case for Photo Elicitation. *Visual Studies, 17*(1), 13-26.
Harrits, G. S., & Olesen, S. G. (2012). *På vej til professionerne* Aarhus: VIA Systime.
Hede, S. (2010a). Håbet om en god start i livet. *Sundhedsplejersken, 6*, 5.
Hede, S. (2010b). Sundhedspleje i hjemmebesøget - set i et nordisk perspektiv. *Sundhedsplejersken, 5*, 5.
Hede, S. (2012). Hjemmebesøget - en metode i sundhedsplejen. I J. Rasmussen & V. Samberg (Red.), *Sundhedspleje - et fag i forandring* (s. 45-62). København: Munksgaard.
Hede, S., Nissen, L., & Lundhus, A. M. (2008). *Sundhedsplejersken - 70 års sundhedspleje i Danmark*: Faglig Selskab for Sundhedsplejersker.
Hede, S., Nissen, L., & Lundhus, A. M., (red.). (2008). *Sundhedsplejersken: 70 års sundhedspleje i Danmark*. Aarhus: Kvindemuseet i Danmark.
Henriksen, P. E., & Hendriksen, C. (2005). *Hjemmet som arena for forebyggelse - med sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre som eksempler*. København: Viden- og Dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen.
Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien Forskning, 4*(1), 18-26.
Holland, J. J., Johnston, J., & Asama, N. (1993). The Vocational Identity Scale: A Diagnostic and Treatment Tool. *Journal of Career Assessment, 1*(1), 1-12.
Horton, K., Tschudin, V., & Forget, A. (2007). The Value of Nursing: A Literature Review. *Nursing Ethics, 14*(6), 716-740.
Hunt, M. (1972a). The Dilemma of Identity in Health Visiting 1. *Nursing Times, 68*(5), 17-20.
Hunt, M. (1972b). The Dilemma of Identity in Health Visiting 2. *Nursing Times, 68*(6), 23-24.

Hurley, J. (2009). A Qualitative Study of Mental Health Nurse Identity: Many Roles, One Profession. *International Journal of Mental Health Nursing, 18*(6), 383-390.
Hurley, J., Mears, A., & Ramsey, M. (2008). Doomed to Fail: The Persistent Search for a modernist Mental Health Identity. *Nursing Philosophy, 10*(1), 53-59.
Højgaard, L., & Søndergaard, D. M. (2011). Theorizing the Complexities of discoursive and Material Subjectivity: Agential Realism and Poststructural Analyses. *Theory & Psychology, 21*(3), 338-354.
Højholdt, A. (2010). *Den tværprofessionelle praktiker - om udviklingen af tværprofessionelt pædagogisk arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
Ibsen, K. K., (red.). (2008). *Børnelæger i 100 år*. Frederikshavn: Forlaget Nordtryk.
Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2005). *Kommunalreformen - kort fortalt*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2010a). *Bekendtgørelse af Sundhedsloven. LBK nr. 913 af 13/07/2010*. Lokaliseret på https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455.
Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2010b). *Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge. BEK nr. 1344 af 03/12/2010*. Lokaliseret på https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=133870.
Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2011a). *Bekendtgørelse om kommunernes indberetning af oplysninger om børns sundhed. BEK 581 af 23/05/2011*. Lokaliseret. Lokaliseret på https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137249.
Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2011b). *Bekendtgørelse om specialuddannelse til sundhedsplejerske. BEK nr. 680 af 21/06/2011*. Lokaliseret på https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137293.
Indenrigsministeriet. (1937). *Lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i de første leveår nr. 85 af 31/03/1937*.
Indenrigsministeriet. (1963). *Lov om sundhedsplejerskeordninger nr. 227 af 31.5 1963*.
Indenrigsministeriet. (1973). *Lov om sundhedsplejerskeordninger nr. 409 af 13.6 1973*.
Institut for Folkesundhed Afdeling for Sygeplejevidenskab. (2011). Temaeftermiddag for sundhedsplejersker - Hjemmebesøg - Hvad siger forskningen? . Lokaliseret 27.6, 2014, på http://folkesundhed.au.dk/fileadmin/www.folkesundhed.au.dk/sygeplejevidenskab/afdelingen/pr__sentation/Tema_eftermiddag_for_sundhedsplejersker__2__sept_2011.pdf
Jackson, A. Y., & Mazzei, L. A. (2012). *Thinking with Theory in Qualitative Research: Viewing Data Across Multiple Perspectives*. New York: Routledge.
Jansson, A. (2000). *Sjuksköterskan i primärvård med särskilt fokus på barnhälsovård fra Lunds Universitet* Lund: Lunds Universitet.
Jansson, A., Isacsson, Å., Kornfält, R., & Lindblom, L. H. (1998). Quality in Child Health Care. The Views of the Mothers and Public Health Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 12*(4), 1995-1204.
Jansson, A., Petterson, K., & Udén, G. (2001). Nurses First Encounters with Parents of New-Born Children – Public Health Nurses' View of the Good Meeting. . *Journal of Clinical Nursing, 10*(1), 140-151.
Jansson, A., Sivberg, B., Wilde Larsson, B., & Udèn, G. (2002). First-times Mothers Satisfaction with Early Encounters with the Nurse in Child Health Care: Home Visit or Visit to the Clinic? *Acta Pædiatrica, 91*(5), 571-577.
Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I., & Young, H. (2012). Professional Identity and Nursing: Contemporary Theoretical Developments and Future Research Challenges. *International Nursing Review, 59*, 562-569.

Juelskjær, M. (2009). *En ny start - bevægelser i/gennem tid, rum, krop og sociale kategorier via begivenheden skoleskift: Ph.D afhandling*. Aarhus: Aarhus Universitet.
Juelskjær, M., & Swennesen, N. (2012). Intra-active Entanglements - An Interview with Karen Barad. *Kvinder, Køn & Forskning* (1-2), 10-23.
Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (Red.). (2012). *At skabe en professionel - Ansvar og autonomi i velfærdsstaten.* København: Hans Reitzels Forlag.
Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
Kleinman, A. (2012). Intra-actions. *Mousse, 34*, 76-81.
Knights, D., & Willmott, H. (1989). Power and Subjectivity at Work. *Sociology, 23*(4), 535-558.
Knorr-Certina, K. (1981). Introduction. The Micro-sociological Challenge of Macro-sociology: Towards a Reconstruction of Social Theory and Methodology. In K. Knorr-Certina & A. Cicourel (Eds.), *Advances in Social Theory and Methology*. Boston, MA: Routledge and Kegan Paul.
Kronborg, H. (2006). *Tidligt ammeophør - kan det forebygges?: et forskningsprojekt i sundhedsplejens praksisfelt: Ph.d.-afhandling*. Århus: Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.
Kvist, J. (2001). Er den nordiske velfærdsmodel bæredygtig? *Nordisk Sosialt Arbeid, 21*(1), 24-35.
Larsson, M., Aldegarmann, U., & Aarts, C. (2009). Professional Role and Identity in Changing Society: Three Paradoxes in Swedish Midwives' Experience. *Midwifery, 25*(4), 373-381.
Latour, B. (1986). The Powers of Association. In J. Law (Ed.), *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge* (pp. 264-280). London: Routledge & Kegan Paul.
Latour, B. (1987). *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Milton Keynes: Open University Press.
Latour, B. (1991). Technology is society made durable. In J. Law (Ed.), *A sociology of monsters: essays on power, technology and domination* (pp. 103-131). London: Routledge.
Latour, B. (1996). Om aktør-netværksteori: nogle få afklaringer og mere end nogle få forviklinger. *Philosophia, 25*(3/4), 47-64.
Latour, B. (1998). From the World of Science to the World of Research? *Science, 280*(5361), 208-209.
Latour, B. (1999a). On recalling ANT. In J. Law & J. Hassard (Eds.), *Actor network theory and after* (pp. 15-25). Oxford: Blackwell Publishing.
Latour, B. (1999b). *Pandora's Hope: Essays on the Reality of Science Studies*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
Latour, B. (2004). How to Talk About the Body? The Normative Dimension og Science Studies. *Body and Society, 10*(2-3), 205-229.
Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.
Latour, B. (2008). *En ny sociologi for et nyt samfund: introduktion til aktør-netværk-teori*. Kbh.: Akademisk.
Latour, B., & Woolgar, S. (1986). *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
Lave, J. (1988). *Cognition in Practice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
Law, J. (1992). Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy, and Heterogeneity. *Systems Practice, 5*(4), 379-393.

Law, J. (1999). After ANT: Complexity, Naming and Topology. In J. Law & J. Hassard (Eds.), *Actor Network Theory and After* (pp. 1-14). Oxford: Blackwell Publishing.
Law, J. (2002). *Aircraft Stories: Decentering the Object in Technoscience*. Durham: Duke University Press.
Law, J. (2004). *After Method - Mess in Social Science Research*. New York: Routledge.
Lichtenberg, A. (1998). *Sundhedsplejen i går, i dag og med perspektiver til sundhedsplejen i morgen: en beskrivelse af sundhedsplejens kerne: specialeafhandling*. Århus: Danmarks Sygeplejerskehøjskole, Aarhus Universitet.
Lichtenberg, A. (2002). Sundhedspleje - før og nu. I M. Hansen & E. Weinreich (Red.), *Sundhedspleje - teori og praktik* (s. 13-27). København: Munksgaard Danmark.
Licoppe, C. (2010). The "Performative Turn " in Science and Technology Studies. *Journal of Cultural Economy, 3*(2), 181-218.
Lowe, R. (Ed.). (2007). *Facing the Future - A Review of the Role of Health Visitors*: Department of Health.
Læserbrev Fyns Amts Avis. (13.4 2010).
Løkke, A. (1998). *Døden i barndommen - Spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark 1800-1920*. København: Gyldendal.
Løkke, A. (2000). Viden og spædbørnsdødelighed. *Månedsskrift for praktisk lægegerning, 78*(8), 1059-1074.
Løkke, A. (2008). Ro, renlighed og regelmæssighed: sundhedsoplysning og amning ved Københavns børneplejestationer 1908-1930. *Bibliotek for læger, 200*(4), 474-489.
Machin, A. I., Machin, T., & Pearson, P. (2012). Maintaining Equilibrium in Professional Role Identity: A Grounded Theory Study of Health Visitors' Perceptions of Their Changing Professional Practice Context. *Journal of Advanced Nursing, 68*(7), 1526-1537.
MacIntosh, J. (2003). Reworking Professional Nursing Identity. *Western Journal of Nursing Research, 25*(725-741).
Marcus, G. (1995). Ethnography in/of the World: The Emergence of Multi-sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology, 24*, 95-117.
Marsh, H. W., & Scales, L. F. (2010). Self-concept in Learning: recoprocal Effects Model between Academic Self-concept and Academic Achievement. In P. Peterson, E. Baker & B. McGaw (Eds.), *International Encyclopedia of Education* (pp. 660-667). Oxford: Elsevier Science.
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (1995). *Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge nr. 438 af 14.6 1995*. Lokaliseret på https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=46949.
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2005). *Sundhedsloven nr. 546 af 24.6 2005*. Lokaliseret på https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10074#K36.
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2011). *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed LBK nr 877 af 04/08/2011*. Lokaliseret på https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=138178#Kap13.
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2014). *Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr. 12012 af 14/11/2014*. Lokaliseret på https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=152710.
Mintzberg, H. (1979). An Emerging Strategy of 'Direct' Research. *Administrative Science, Quarterly*(24), 582-589.
Mintzberg, H. (1987). Crafting Strategy. *Harvard Business Review, July-August*, 66-75.
Mintzberg, H., & Waters, J. A. (1985). Of Strategies: Deliberate and Emergent. *Strategic Management Journal, 6*, 257-272.

Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.
Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. London: Sage.
Moser, I., & Law, J. (1999). Good Passages, Bad Bassages. In J. Law & J. Hassard (Eds.), *Actor Network Theory and After* (pp. 196-219). Oxford: Blackwell Publishers.
Møller, L. (2005). Alle børn har ret til sundhed! Lokaliseret 23.11, 2013, på http://www2.dsr.dk/dsr/nl_vis.asp?intType=5&NLID=135&id=4087455
Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). *The Neuman Systems Model* (4 ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
Nickelsen, N. C. (2009). Interventionsforskning og forførelse på en barselsgang. *Tidskrift for Arbejdsliv, 11*(4), 52-68.
Nicolini, D. (2012). *Practice Theory, Work and Organization - An Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
Nielsen, C. W. (2012). Sundhedsplejens lovmæssige grundlag. I J. Rasmussen & V. Samberg (Red.), *Sundhedspleje - Et fag i forandring* (s. 29-43). København: Munksgaard.
Norden. (2014). Om den nordiske velfærdsmodel. Lokaliseret 23.6, 2014, fra http://www.norden.org/da/om-samarbejdet/samarbejdsomraader/den-nordiske-velfaerdsmodel/om-den-nordiske-velfaerdsmodel
Nyberg, A., Bernin, P., & Theorell, T. (2005). *The Impact of Leadership on the Subordinaires. Working Life Research in Europe.* Stockholm: National Institute for Working Life.
Olesen, B. R. (1997). *Omsorg som profession: Et studie af roller og replikker i sundhedsplejebesøget*. København: Munksgaard.
Orlikowski. (1996). Improvising Organizational Transformation Over Time: A Situated Change Perspective. *Information Systems Research, 7*(1), 63-92.
Oxford University Press. (2014). Oxford Learners Dictionaries. Lokaliseret 10.8 2014, på http://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/matter_1
Pallesen, T. (2003). *Den vellykkede kommunalreform og decentraliseringen af den politiske magt i Danmark*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
Pedersen, O. (undervejs). *Sundhedspleje - studier af en normaliserende praksis*: Frydenlund.
Piil, K., Kolbæk, R., Ottmann, G., & Rasmussen, B. (2012). The Impact of the Expanded Nursing Practice in Professional Identity in Denmark. *Clinical Nurse Specialist, 26*(6), 329-335.
Professionshøjskolen Metropol. (2014). Organisation. Lokaliseret 3.2, 2014, på http://www.phmetropol.dk/Om+Metropol/Organisation
Rafferty, A. M. (1996). *The Politics of Nursing Knowledge.* London: Routledge.
Rasmussen, J., & Samberg, V. (Red.). (2012). *Sundhedspleje - Et fag i forandring*. København: Munksgaard.
Raudaskoski, P. (2010). Observationsmetoder (herunder videoobservation). I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalittaive metoder - en grundbog* (s. 81-95). København: Hans Reitzels Forlag.
Roberts, J. M. (2012). Poststructuralism against Poststructuralism: Actor-Network Theory, Organizations and Economic Markets. *European Journal of Social Theory, 15*(1), 35–53.
Roed-Petersen, K. (2007). Harald Hirschsprung og den kongenitte aganglionose. *Ugeskrift for Læger, 169*(35), 2866.

Rowe, A., & Hogarth, A. (2005). Use of Complex Adaptive Systems Methaphor to Achieve Professional and Organizational Change. *Journal of Advanced Nursing, 51*(4), 396-405.

Saks, M. (2012). Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise. *Professions and Professionalism, Volume 2, No 1* (1), 1-10.

Salvage, J. (2006). More than a Makeover is Needed to Improve Nursing's Image. *Journal of Advanced Nursing259–260., 54*(3), 259-260.

Schiøtz, A. (2003). *Folkes Helse Landets Styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.

Scholes, J. (2008). Coping with the Professional Identity Crisis: Is building Resilience the Answer? *International Journal of Nursing Studies 45*(7), 975-978.

Schou Hansen, R. (2014). Hvad skal jeg være? - fra infektionsmedicin til sundhedspleje. *Sundhedsplejersken, 36*(4), 6-9.

Seruminstitut, S. (2012). Fenylketonuri (PKU, Føllings Sygdom). Lokaliseret på http://www.ssi.dk/Diagnostik/Klinisk%20information/Blodproeve%20fra%20nyfoedte/Sygdomme%20som%20indgaer%20i%20screeningen/Fenylketonuri.aspx

Sims, D. (2011). Reconstructing Professional Identity for Professional and Interprofessional Practice: A Mixed Methods Study of Joint Training Programmes in Learning Disability Nursing and Social Work *Journal of Interprofessional Care, 25*, 265-271.

Skorikov, V. B., & Vondracek, F. W. (2011). Occupational Identity. In S. J. Schwartz, K. Luyckx & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of Identity Theory and Research* (pp. 693-714). New York: Springer.

Skyttner, L. (1996). General Systems Theory: Origin and Hallmarks. *Kybernetes, 25*(6), 16-22.

Smith, M. (2004). Health Visiting: The Public Health Role. *Journal of Advanced Nursing, 45*(1), 17-25.

Snelgrove, S. R. (2009). Nursing Work in the NHS Direct: Constructiing a Nursing Idnetity in the Call-centre Environment. *Nursing Inquiry, 16*(4), 355-365.

Stengers, I. (1997). *Power and Invention - Situating Science*. Minneapolis University of Minnesota Press.

Sundhedsstyrelsen. (1937). *Vejledning vedrørende gennemførelse af lov nr. 85 af 31. marts 1937 om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed blandt børn i det første leveår*.

Sundhedsstyrelsen. (1954). *Vejledning og instruktion vedrørende sundhedsplejerskeordningen (1. udg.).*

Sundhedsstyrelsen. (1961). *Vejledning og instruktion vedrørende sundhedsplejerskeordningen (2. udg.).*

Sundhedsstyrelsen. (1970). *Betænkning nr. 573 om sundhedsplejerskeordninger*.

Sundhedsstyrelsen. (1974). *Retningslinier for tilrettelæggelse af sundhedsplejerskeordninger*.

Sundhedsstyrelsen. (1985). *Retningslinier for tilrettelæggelse af sundhedsplejerskeordninger*.

Sundhedsstyrelsen. (1995). *Forebyggende Sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning. Lokaliseret på http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ1995/Forebyggende_sundheds.pdf.

Sundhedsstyrelsen. (2007). *Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge - anbefalinger*. Lokaliseret på http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2006/CFF/Sundhedsydelser/sundhedsydbogu_rev06.pdf.

Sundhedsstyrelsen. (2011a). *Fællesindhold for indberetning til Sundhedsstyrelsens Børnedatabase*. Lokaliseret på http://www.sst.dk/publ/Publ2011/DAF/Boernedatabasen/RegistreringBoernedatabasen.pdf.

Sundhedsstyrelsen. (2011b). *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge*. København: Sundhedsstyrelsen. Lokaliseret på http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2011/cff/sundhedsydelser/sundhedsydelser.pdf.

Sutherland, L., Howard, S., & Markauskaite, L. (2010). Professional Identity Creation: Examining the Development of Preservice Teachers' Understanding of their Work as Teachers. *Teaching and Teachers Education, 26*(3), 455-465.

Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta_Analytic Redview of HOme Visiting Programs for Families With Young Children. *Child Development, 75*(5), 1435_1456.

Symonds, A. (1991). Angels and Interfering Busy Bodies: The Social Construction of Two Occupations. *Sociology of Health and Illness, 13*, 249–264.

Tajfel, H. (1982). *Social Identity and Intergroup Relations*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1985). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *The Psychology of Intergroup Relations* (pp. 7-24). Chicago: Nelson-Hall.

Thamdrup, E. (1993). C.E. Levy og pædiatrien. *Bibliotek for læger, 185*(3), 250-265.

Thamdrup, E. (1994). *Pædiatri i Danmark: Træk af den historiske udvikling.* København: Lægeforeningens Forlag.

The Rockefeller Foundation. (2014). Our Focus . Lokaliseret 23.11, 2014, på http://www.rockefellerfoundation.org/our-focus

Tresch, J. (2013). Another Turn after ANT: An Interview with Bruno Latour. *Social Studies of Science, 43*(2), 302-313.

Tsoukas, H. (2001). Re-Viewing Organizations. *Human Relations, 54*(1), 7-12.

Tsoukas, H., & Chia, R. (2002). On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change. *Organizational Science, 13*(5), 567-582.

Turner, J. C. (1982). Toward a Cognitive Redefinition of the Social Group. In H. Tajfel (Ed.), *Social Identity and Intergroup Relations* (pp. 15-40). Cambridge: Cambridge University Press.

University of California Santa Cruz Feminist Studies. (2013). Karen Barad . Lokaliseret 21.7, på http://feministstudies.ucsc.edu/faculty/singleton.php?&singleton=true&cruz_id=kbarad

Vallgårda, S. (2005). Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne. *Tidsskrift for Forskning i Sundhed og Sygdom, 2*(3), 15-31.

Van Maanen, J. (1988). *Tales of the Field: On Writing Ethnography*. Chicago: University of Chicago Press.

Van Maanen, J. (2006). Ethnography Then and Now. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal, 1*(1), 13-21.

Van Maanen, J. (2010). A Song for My Supper: More Tales of the Field. *Organizational Research Methods, 13*(2), 240.

Via University College og Professionshøjskolen Metropol. (2011). *Uddannelsesordning for Specialuddannelsen til sundhedsplejerske*.

Vikkelsø, S. (2007). Description as Intervention: Engagement and Resistance in Actor-network Analyses. *Science as Culture, 16*(3), 297-309.

Vogelbein, N. (2007). Stor forskel på tilbuddet til nybagte familier. *Synergi* . Lokaliseret 26.6, 2014, på http://www2.dsr.dk/dsr/nl_vis.asp?intType=5&NLID=223&id=4091817

Wackerhausen, S. (1994). Et åbent sundhedsbegreb mellem fundamentalisme og relativisme. I U. J. Jensen & P. F. Andersen (Red.), *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis* (Vol. 43-73). Århus: Philosophia.

Wackerhausen, S. (2002). *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse - i sundhedsområdet*. København: Hans Reitzels Forlag.

Wackerhausen, S. (2004). Professionsidentitet, sædvane og akademiske dyder. I N. B. Hansen & J. Gleerup (Red.), *Videnteori, professionsuddannelse og professionsforskning* (s. 13-29). Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Warren, S. (2002). 'Show me how it feels to work here': Using Photograhy to Research Organisational Aestics. *Ephemera - Critical Dialogues on Organization, 2*(3), 224-245.

Wenger, E. (1999). *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

Whetten, D. A. (1998). Preface: Why Organizational Identity and Why Coversations? In D. A. Whetten & P. C. Godfrey (Eds.), *Identity in Organizations - Building Theory Through Conversations* (pp. vii-xi). Londan and New Dehli: Sage Publications

WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion, lokaliseret 12.10, 2014 på http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/

World Health Organization. (1986). *Mål for sundheds for alle - en dansk oversættelse*. København: Dansk Sygeplejeråd.

Ybema, S., Yanow, D., Wels, H., & Kamsteed, F. (2009). Studying Everyday Organizational Life. In S. Ybema, D. Yanow, H. Wels & F. Kamsteed (Eds.), *Organizational Ethnography: Studying the Complexities of Everyday Life*. (pp. 1-20). London: Sage.

Öhlén, J., & Segesten, K. (1998). The Professional Identity of the Nurse: Concept Analysis and Development. *Journal of Advanced Nursing, 28*(4), 720-727.

Aarhus Universitet Institut for Kultur og Samfund. (2013). Steen Wackerhausen. Lokaliseret 11.7, 2013, på http://pure.au.dk/portal/da/persons/id(1336f37e-2d24-455d-bbe0-ea93a28febed).html

Figuroversigt

Figur 1. *Snaplog* 1-studiet: Mor-barn-relationen 65
Figur 2. *Snaplog* 1-studiet: Barnet i centrum (men også med fokus på mor-barn-relationen) 66
Figur 3. *Snaplog* 1-studiet: Den professionelle relation 66
Figur 4. *Snaplog* 1-studiet (2. billedserie) 67
Figur 5. *Snaplog* 2-studiet: Mor-barn-relationen 69
Figur 6. *Snaplog* 2-studiet: Den professionelle relation 69
Figur 7. *Snaplog* 2 – abstrakte billeder 70
Figur 8. *Snaplog* 2 (2. billedserie) 71
Figur 9. Spædbørnsdødeligheden i de nordiske lande, 1932 (Sundhedsstyrelsen, 1970) 90
Figur 10. Spædbørnsdødeligheden som afsæt for forsøgsordningen med sundhedsplejersker 1929-1934 (På baggrund af Buus, 2008) 96
Figur 11 Optagelseskrav, sundhedsplejerskeuddannelsen 1938 og 2011. 100
Figur 12 Sundhedsplejens lovmæssige grundlag 1937-2011. 105
Figur 13. Principperne om ro, regelmæssighed og renlighed 109
Figur 14 Overblik over artikler om identitet og forandring inden for det sundheds- og sygeplejefaglige felt fundet ved reviews. 122
Figur 15 Keep Your Mind Open (*Snaplog* 2) 137
Figur 16 Det ser hyggeligt ud (*Snaplog* 1, tegnet af Tristan Dupuis) 141
Figur 17 Glad fyr om dage - tyran om natten (*Snaplog* 1) 146
Figur 18 Det er en trekant (*Snaplog* 2) 150
Figur 19 Det er ikke hjemme (*Snaplog* 1) 154
Figur 20 You Never Know (*Snaplog* 2, tegnet af Tristan Dupuis) 159
Figur 21 Der findes mange veje at gå (*Snaplog* 2) 162
Figur 22 Udviklingen i antallet af anbefalede hjemmebesøg 1937-2011 (Sundhedsstyrelsen, 1937, 1954 1985, 2007, 2011b) 179
Figur 23 Konsultationsrum – kommune C, distrikt 1 (eget foto) 220
Figur 24 Konsultationsrum, kommune C, distrikt 2 (eget foto) 220
Figur 25 Konsultationsrum, kommune C, distrikt 2 (eget foto) 221
Figur 26 Konsultationsrum i kommune D (eget foto) 222
Figur 27 Konsultationsrummene i kommune E (eget foto) 223
Figur 28 Kommune F, på besøg i lånte lokaler (eget foto) 224

Bilagsfortegnelse

Bilag 1 **Empiriproduktion maj 2010 til juni 2013**

Bilag 2 **Udvalgte tiltag i relation til børns sundhed 1845-2011**

Bilag 3 **Review – Præsentation af artikler: Formål, teori/empiri og væsentligste fund**

Bilag 4 **Review – Forståelser af forholdet mellem professionsidentitet og organisatorisk forandring i det sundhedsfaglige felt**

Bilag 1

Empiriproduktion maj 2010 til juni 2013

Dato	Aktivitet	Deltagere	Materiale	Bemærkninger
Maj-september 2010	Undersøgelse af kommunernes servicetilbud i henhold til Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010b) med særligt fokus på antallet af hjemmebesøg til førstegangs fødende samt hvorvidt kommunerne anvender begrebet konsultation.	Jeg har fået data fra 92 af de 98 kommuner.	Oversigter.	Hvor hjemmesiderne ikke giver svar på undersøgelses-spørgsmålet, er de ledende sundhedsplejersker blevet kontaktet. Indgår ikke i afhandlingen.
27.9 2010	Møde med 2 sundhedsplejersker, kommune A.	De 2 sundhedsplejersker ønskede at afprøve konsultation som metode i et projekt.	Feltnoter.	Projektet blev startet op, men det blev hurtigt skrinlagt igen på baggrund af indførelsen af et nyt servicetilbud i kommunen. Dette projekt indgår ikke i afhandlingen.
26.10 2010	Møde med henblik på at planlægge en personaledag med fokus på ny ydelsesprofil i kommune B.	2 sundhedsplejersker, den ledende sundhedsplejerske og en organisationskonsulent.	Feltnoter.	Kommunen havde hørt rygter om mit projekt og kontaktede mig angående et oplæg til personaledagen. Indgår ikke i afhandlingen.

Dato	Aktivitet	Deltagere	Materiale	Bemærkninger
11.11 2010	Personaledag med fokus på ny ydelses-profil i kommune B.	19 sundhedsplejer-sker, den ledende sundhedsplejerske, Børne- og unge chefen i kommu-nen og en organi-sationskonsulent.	Feltnoter.	Indgår ikke i afhand-lingen.
27.1-28.1 2011	2 dages internat med fokus på ny ydelses-profil i kommune B.	17 sundhedsplejer-sker, den ledende sundhedsplejerske og to organisati-onskonsulenter.	Egen power point præsentation. Program og skriftligt materiale fra dagen. Feltnoter.	Udgangspunktet for internatet er bespa-relser. Indgår ikke i afhand-lingen.
7.2 2011	Møde med sundheds-plejersker kommune C, distrikt 1.		Feltnoter.	Indledende møde mhp. Aftaler om observationsstudier og fokusgruppe in-terview.
15.2 2011	Observationsstudier, konsultation, kom-mune C, distrikt 1.	Fulgte en sund-hedsplejerske i hendes arbejde med konsultation.	Feltnoter. Brugerundersøgelse med kommentarer. Billeder.	Overværede 4 kon-sultationer.
13.4 2011	Observationsstudier, konsultation, kom-mune C, distrikt 1.	Fulgte en sund-hedsplejerske i hendes arbejde med konsultation.	Feltnoter. Brugerundersøgelse. Brugerundersøgelse med kommentarer. Billeder.	Overværede 4 kon-sultationer.
13.4 2011	Fokusgruppeinter-view, kommune C, distrikt 1.	7 sundhedsplejer-sker deltager (inkl. områdeleder).	Transskribering.	Sundhedsplejerskер-nes faglige erfaring: 2, 6, 8, 9, 20, 22 og 24 år.
3.5 2011	Fokusgruppeinter-view, kommune C, distrikt 2.	5 sundhedsplejer-sker deltager (inkl. Områdeleder).	Transskribering.	Sundhedsplejerskер-nes faglige erfaring: 4, 7, 8, 11 og 27 år.

Dato	Aktivitet	Deltagere	Materiale	Bemærkninger
3.5 2011	Observationsstudier, konsultation, kommune C, distrikt 2.	Fulgte områdelederen i hendes arbejde med konsultation.	Feltnoter. Billeder.	Overværede 3 konsultationer.
3.5 2011	Observationsstudier, konsultation, kommune C, distrikt 2.	Fulgte en projektansat sundhedsplejerske i hendes arbejde med konsultation i et særligt boligområde.	Feltnoter. Brugerundersøgelse. Brugerundersøgelse med kommentarer. Billeder.	Overværede 2 konsultationer.
28.6 2011	Indledende møde, kommune D.	Møde med 2 sundhedsplejerske med henblik på aftale om observationsgruppe og evt. fokusgruppeinterview.	Afsluttende rapport. Pjecer, m.m.	Sundhedsplejerskegruppen ønskede ikke at deltage i fokusgruppeinterview.
29.9 2011	Observationsstudier, konsultation, kommune D.	Fulgte en sundhedsplejerske i hendes arbejde med konsultation.	Feltnoter. Billeder.	Overværede 2 konsultationer.
3.10 2011	Observationsstudier, konsultation, kommune D.	Fulgte en sundhedsplejerske i hendes arbejde med konsultation.	Feltnoter. Billeder.	Overværede 4 konsultationer.
10.10 2011	Fokusgruppeinterview, kommune E.	6 sundhedsplejersker deltager.	Transskribering.	Sundhedsplejerskernes faglige erfaring: 1, 2, 9, 11,19 og 23 år.
7.11 2011	Observationsstudier, Konsultation, kommune E.	Fulgte 2 sundhedsplejersker i deres arbejde med konsultation i hvert deres konsultationsrum.	Feltnoter. Billeder. Folder, midtvejsevaluering. Slutevaluering.	Overværede 5 konsultationer.
24.11 2011	Observationsstudier, konsultation og hjemmebesøg, kommune D.	Fulgte en sundhedsplejerske i hendes arbejde med konsultation.	Feltnoter. Billeder.	Overværede 2 konsultationer og et hjemmebesøg.

Dato	Aktivitet	Deltagere	Materiale	Bemærkninger
Maj-juni 2011	Undersøgelse af kommunernes servicetilbud i henhold til Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010b).		Oversigter.	Udelukkende internetundersøgelse. Indgår ikke i afhandlingen.
November 2011	Undersøgelse af kommunernes servicetilbud i henhold til Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010b).		Oversigter.	Udelukkende internetundersøgelse. Indgår ikke i afhandlingen.
Maj 2011 – juni 2013	Feltarbejde kommune F.	Møder med projektgruppe Observationsstudier af konsultationspraksis – fulgte to sundhedsplejersker i deres arbejde med konsultation. Snaplog.	Feltnoter. Egne fotografier. 6 sundhedsplejerskers billeder og logbøger. Dokumenter, som f.eks. midtvejsevaluering og slutevaluering.	Sundhedsplejerskernes faglige erfaring: 8, 11, 11, 13, 15 og 18 år.
Maj-juni 2013	Undersøgelse af kommunernes servicetilbud i henhold til Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010b).		Oversigter.	Udelukkende internetundersøgelse. Indgår ikke i afhandlingen.

Dato	Aktivitet	Deltagere	Materiale	Bemærkninger
Juni 2013	Feltarbejde kommune G.	Snaplog.	Feltnoter. 6 sundhedsplejer-skers billeder og logbøger.	Sundhedsplejerskerne-nes faglige erfaring: studerende i første praktik, 2, 5, 5, 6 og 15 år.

Bilag 2

Udvalgte tiltag i relation til børns sundhed 1845-2011

Årstal	**Tiltag**	**Bemærkninger**
1845	*Kortfattet anvisning for unge Mødre til sundhedsmæssig Forplejning af deres spæde børn.*	Den første danske populære vejledning udgivet af C.E. Levy, overaccoucheur, Den kongelige Fødselsstiftelse fra 1842 til 1865 (Thamdrup, 1993).
1850	Det lille private Børnehospital i Rigensgade.	Dette hospital blev i 1979 afløst af Dronning Louises Børnehospital (Thamdrup, 1994).
1908	Dansk Pædiatrisk Selskab blev stiftet.	Initiativtager Overlæge Svenn Monrad. Selskabets formål var at fremme det pædiatriske studium. Hovedsagligt ved demonstrationer og diskussioner (Thamdrup, 1994).
1908	Seks børneplejestationer åbner i København.	Børneplejestationerne blev oprettet på initiativ af "De Samvirkende Menighedsplejer". Man satsede på understøttelse og undervisning af fattige diegivende mødre (Løkke, 2008; Thamdrup, 1994).
1922	*Vejledning om det spæde barns pleje.*	Udarbejdet af Professor Svenn Monrad, pædiatrisk konsulent i Sundhedsstyrelsen i perioden 1919-1940 (Buus, 2001; Løkke, 2008; Thamdrup, 1994).
1929-34	Forsøgsordning med sundhedsplejersker i tre områder	Forsøgsordningen blev iværksat af Professor Svenn Monrad, pædiatrisk konsulent i Sundhedsstyrelsen med økonomisk støtte fra Rockefeller Foundation (Buus, 2001, 2002, 2008; Frandsen, 1963; Sundhedsstyrelsen, 1970; Thamdrup, 1994).
1937	Lov om bekæmpelse af sygelighed og dødelighed i det første leve år.	Formål: At bekæmpe sygelighed og dødelighed i spædbarnets første leve år. Kommuner kan få økonomisk tilskud til at ansætte sundhedsplejersker (Indenrigsministeriet, 1937).
1938	Kursus ved Aarhus Universitet for Sundhedsplejersker.	Kursus ved Aarhus Universitet for Sundhedsplejersker blev åbnet og påbegyndte sin virksomhed 1. februar 1938. Fra 1958 skiftede uddannelsesinstitutionen navn til Institut for syge- og sundhedsplejersker ved Aarhus Universitet og i 1965 Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus universitet. Uddannelsen blev etableret med økonomisk støtte fra Rockefeller Foundation (Andersen, Nicolaisen, & Østergaard, 1988; Buus, 2001, 2002, 2008).

Årstal	Tiltag	Bemærkninger
1945	Lov om svangerskabshygiejne.	Loven giver enhver gravid ret til tre undersøgelser hos læge og syv undersøgelser hos jordemoder (Indenrigsministeriet, 1945).
1946	Lov om forebyggende lægeundersøgelse af børn.	Loven er rettet mod børn, der endnu ikke er skolesøgende eller hjemmeunderviste, som får adgang til vederlagsfrit at få foretaget i alt indtil ni forebyggende helbredsundersøgelser af en læge, heraf tre i barnets første leveår (Indenrigsministeriet, 1946b).
1946	Lov om skolelæger.	Enhver offentlig skole og alle private skoler, der modtager statstilskud, skal ansætte en skolelæge (Indenrigsministeriet, 1946a; Uhl, 1953).
1963	Lov om sundhedsplejerskeordninger.	Formål: At støtte hjemmene i deres bestræbelser for at sikre spædbørnenes sundhed. Kommunerne bør ansætte sundhedsplejersker (Indenrigsministeriet, 1963).
1973	Lov om sundhedsplejerskeordninger.	Formål: At yde vederlagsfri vejledning og bistand med hensyn til sundhedstilstanden hos børn, der er under den undervisningspligtige alder og ikke går i skole eller i børnehaveklasse. *Stk. 2.* Kommunerne kan endvidere tilbyde andre personer, der har behov herfor, vederlagsfri vejledning og bistand af en sundhedsplejerske. Kommunerne skal ansætte sundhedsplejersker (Indenrigsministeriet, 1973).
1989	FN's Børnekonvention.	FN-konvention af 20. november 1989 om Barnets Rettigheder fastslår at børn (0-17 år) har rettigheder (Udenrigsministeriet, 1992). Danmark ratificerede Børnekonventionen i 1991.
1995	Forebyggende sundhedsordninger.	Formål: Kommuner og amtskommuner skal tilrettelægge forebyggende sundhedsordninger, som kan bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov. (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 1995).

Årstal	Tiltag	Bemærkninger
2008	Ændring af sundhedsloven (ind- og udskolingsundersøgelser).	Denne ændring gør det muligt for kommunalbestyrelsen at beslutte at lade sundhedsplejersker foretage de såkaldte ind- og udskolingsundersøgelser (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008).
2010	Forebyggende sundhedsydelser.	Formål: Kommunalbestyrelsen bidrager til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010a).
2011	Specialuddannelse til sundhedsplejerske.	Formålet med specialuddannelsen til sundhedsplejerske er, at sygeplejersken udvider sin faglige kompetence med henblik på at varetage funktionsområdet for en sundhedsplejerske, som det fremgår af sundhedslovens kapitel 36, Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge samt Sundhedsstyrelsens vejledning på området (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011).

Bilag 3

Review – Præsentation af artikler: Formål, teori/metode og væsentligste fund

Databaser: PsycINFO, Scopus, Cinahl og Pubmed

Søgning af peer reviewed, engelsksprogede artikler i perioden 2003-2013

Søgeord: Professions- og/eller fagidentitet, organisation og forandring samt sygeplejerske og sundhedsplejerske i forskellige kombinationer

Reference	Formål	Teori/metode	Resultater/fund
Machin, Machin, and Pearson (2012)	At skabe teori til at forklare de processer gennem hvilke, sundhedsplejersker fortolker og interagerer med strategidrevne forandringer af professionens praksis.	Kvalitativt studie. Grounded Theory, komparativ analyse. Spørgeskemaer, observationer og interview. 17 sundhedsplejersker deltog.	Fire indbyrdes forbundne kategorier opstod: • Professionel rolle identitet (kerne kategori) • Professionel rolle i handling, • Interprofessionelt arbejde • Lokale mikro-systemer i praksis Hver af disse kategorier influerede på deltagernes følelse af identitet og selvværd. The Role Identity Equilibrium Process forklarer interaktive processer, som opstår på forskellige niveauer af deltagernes praksis.
Baldwin (2012)	Et studie af udviklingen af sundhedsplejens komplekse og varierede rolle, og hvordan denne udvikling har påvirket sundhedsplejerskers professionsidentitet.	Litteraturstudie. Historisk perspektiv.	Lige fra etableringen af sundhedsplejeordningen har sundhedsplejersker kæmpet med at definere sundhedsplejens rolle og har været præget af usikker professionsidentitet. Forskelige politiske agendaer har påvirket sundhedsplejens identitet og er den væsentligste drivkraft for professionens forandring.

Reference	Formål	Teori/metode	Resultater/fund
Clancy (2007)	At undersøge hvordan sundhedsplejersker oplever deres ændrede rolle.	Dokumentanalyse. Interview (1 dybdegående samt fokusgruppe med tre deltagere).	Sundhedsplejerskers synlighed synes at være et vigtigt tema. Der er nogle forskelle mellem litteratur om sygeplejerskers professionelle status og de opfattelser, som sundhedsplejerskerne i dette studie giver udtryk for. Adskillige sundhedsplejersker har mistet opgaver og formel position.
Aranda and Jones (2008)	At teoretisere over nye avancerede roller i sygeplejen, bestemme dem i forhold til bredere sociale og kulturelle forandringer, som finder sted i sundhedssektoren, samt udforske hvordan forståelser af nye roller i hjemmesygeplejen bliver konstrueret.	Litteratur review. Poststrukturelle og sociologiske analyser.	Studiet afdækker konkurrerende forståelser af sygeplejens mandat, den ambivalens og uklarhed, som praktikere oplever ved at skabe ”nye” identiteter og de ofte implicitte ideologiske positioner som understøtter sådanne udviklinger.
Hurley (2009)	At afklare og videreudvikle eksisterende forståelser af psykiatrisk sygeplejeidentitet.	Socialkonstruktionisme. Kvalitativt studie. Semistrukturerede interviews. Tematisk analyse. 25 psykiatriske sygeplejersker deltog.	Deltagerne konstruerede en samling af syv forskellige psykiatrisk sygepleje karakteristika, som udgjorde et unikt bidrag til tale-baserede behandlingsformer. Det særlige og dermed den psykiatriske sygeplejes professionsidentitet skal forstås som en klynge af kapaciteter frem for at lede efter en særegen forskellighed.
Rowe and Hogarth (2005)	At anvende erfaringer fra et program designet til at skabe forandring med henblik på at udforske problemstillinger i forhold til professionel og organisatorisk forandring i sundhedsorganisationer.	Case study. Forandring blev skabt gennem anvendelse af en Complex Adaptive System tilgang. Denne tilgang gjorde det muligt at opfatte forandring som en inkluderende, udviklende og uforudsigelig fremfor en lineær og mekanistisk proces.	Programmet resulterede i omfattende forandring i professionel adfærd, serviceydelser samt omlægning af de organisatoriske strukturer og processer. Dette medførte større muligheder for eksperimenteren og innovation, hvilket førte til ny udvikling i serviceydelserne men også betød mere usikkerhed, ansvar, beslutningstagen og risikohåndtering.

Reference	Formål	Teori/metode	Resultater/fund
Larsson, Aldegarmann, and Aarts (2009)	At udforske hvordan erfarne jordemødre forstår og oplever deres professionelle rolle og identitet efter de vedvarende forandringer, som har fundet sted indenfor deres arbejdsdomæne gennem de sidste 20-25 år.	Kvalitativt studie. Tematisk indholdsanalyse. Fokusgruppeinterview. 20 deltagere.	Den professionelle rolle: en forandret rolle for jordemødrene, som både er positiv og negativ: • Mindre indflydelse på fødsler til fordel for andre professionelle grupper og stigende afhængighed af medicinsk teknologi • Bedre dialog med læger og hjælpere • Forandret magtbalance, som resulterer i følelser af tab af kontrol Jordemødres professionelle identitet: • Jordemødrene udtrykte en stærk identitet på baggrund af deres lange erfaring med håndværk og praktiske færdigheder som væsentligste redskaber • Deres professionelle stoltheder blevet øget gennem kollegaers forskning, men der var også stigende individuel usikkerhed • Professionel identitet og mindre værdsættelse som følge af den stigene brug af medicinsk teknologi og foreskrevne retningslinjer Jordemødrenes relation til de fødende kvinder - mere humane fødsler og bedre samarbejde med kvinderne/parrene. Forældre er mere vidende og krævende.
Piil, Kolbæk, Ottmann, and Rasmussen (2012)	At udforske begrebet professionsidentitet i forhold til en lille gruppe danske sygeplejersker, som arbejder i en praksis med en ny professionel kategori, som rækker ind i det domæne, der tidligere tilhørte læger. Formålet var at udforske virkningen af en ny udvidet sygeplejerolle ved at fokusere på sygeplejerskernes forståelse af autonomi, selvforståelse og selvtillid.	Kvalitativt studie. Case study. Semistrukturerede interviews. Desuden deltager-observation og et fokusgruppeinterview. 5 deltagere.	Grænserne for den professionelle praksis er væsentligt ændret for disse 5 sygeplejersker. Studiet indikerer, at en udvidet praksis skaber et nyt domæne indenfor sygeplejens professionsidentitet.

Reference	Formål	Teori/metode	Resultater/fund
Johnson, Cowin, Wilson, and Young (2012)	At udforske konstruktionen af professionsidentet og skabelsen af en professionel identitet i sygepleje gennem litteraturen og forskningen.	Litteratur review.	Det anbefales, at der foretages længerevarende studier af studerende frem mod færdiguddannelse (og herefter) ved anvendelse af begrebsmæssigt fremstillede redskaber, afprøvet gennem dokumenterede målinger, som er i stand til at opdage subtile forandringer over tid. Yderligere forskning i teoretiske begreber som understreger professionsidentitet og de faktorer, som påvirker forandringer i denne vigtige konstruktion i sygeplejen er nødvendig.
Halford (2003)	At udforske kløften mellem organisatoriske diskurser om køn på den ene side og konstruktionen af individuelle identiteter på den anden side.	Kvalitativt studie. Narrative analyser af interviews med fem sygeplejersker, som arbejde på 2 forskellige hospitaler.	Afdækker komplekse processer af forhandling og modstand og både stabile og skiftende identifikationer, når individer aktivt konstruerer kønnede identiteter bl.a. gennem deres fortolkninger af organisatorisk og professionel forandring.
Drew (2011)	At undersøge den kulturelle adfærd, kulturel viden og kulturelle artefakter eksemplificeret gennem hjemmesygeplejerskernes overdragelses rapport.	Kvalitativt studie – etnografiske principper. Semistrukturerede interviews. Deltagerobservation. data blev indsamlet over en periode på 6 måneder. 2 hjemmesygeplejeteam fra en hjemmeplejeordning deltog.	Hjemmesygepleje finder sted i patienternes hjem. Hjemmesygeplejersker befinder sig derfor alene i en stor del af deres arbejdstid. Dette har ført til, at de hævder, at meget af deres arbejde er usynligt. Andre (professionelle) grupper har svært ved at anerkende hjemmesygeplejerskers ekspertise. At være en del af et team er en stor hjælp for individer. Interaktion med team medlemmer tjener det formål at udvikle professionel selvtillid.

Reference	Formål	Teori/metode	Resultater/fund
Crawford, Brown, and Majomi (2008)	At udforske hvordan distriktspsykiatriske sygeplejersker forstår deres arbejdsliv: • Hvordan opfatter sygeplejersker deres professionelle status i form af den offentlige forståelse sammenlignet med deres forståelser af deres arbejdsliv? • Hvordan påvirker forholdet mellem professionelle ambitioner og erfaringer om arbejdslivet sygeplejerskers følelser for deres arbejde og deres selvbillede?	Interview. 34 Community Mental Health Nurses. Tematisk analyse.	4 hovedtemaer: • Klientfokus – professionens public service identitet • Ikke at være en profession – skepticisme, tvivl og usikkerhed • Vokse ud af rollen – professionel udvikling som en exit strategi • Vente på at blive opdaget – søgen efter anerkendelse.
Maxwell, Baillie, Rickard, and McLaren (2013)	At udforske faktorer som har indflydelse på udvikling af kompetence på arbejdspladsen i forbindelse med nye sygeplejeroller.	Kritisk realistisk studie. Case study (akutafdeling på 2 hospitaler). Semistrukturerede interviews. Ikke-deltagende observationer, delvist-deltagende observationer og skygning samt dokumentanalyse.	Kvalitative analyser demonstrerede, at forskellige drivkræfter producerede forskellige typer af roller, som hver især stod overfor forskellige udfordringer i forhandlingen af indførslen af rollen på arbejdspladsen. Forhandling af kompetence på arbejdspladsen viste sig at være afhængig af at dele sociale identiteter med medarbejdere. Fire væsentlige arbejdspladsidentiteter blev fundet: professionel, specialist, organisatorisk og relationel.

Bilag 4

Review – Forholdet mellem professionsidentitet og organisatorisk forandring i det sundhedsfaglige felt

Forfatter/baggrund	Land	Sygeplejefagligt felt	Forståelser af identitet	Forståelser af forandring
Clancy (2007) Sundhedsplejerske	Norge	Public Health Nursing (sundhedspleje, folkesundhed)	Sundhedsplejersker er usynlige og har mistet status, men ikke alle sundhedsplejersker er enige i dette. De føler, at de stadig har status som en profession, men at det ikke altid er nemt at fremme eller gøre det synligt, hvad det er, de laver. Sundhedsplejerskens rolle som ekspert er blevet nedtonet.	Forandringer i sundhedsplejerskers fokus og ansvar er opstået gennem de sidste to årtier. Sundhedsplejersken har mistet opgaver, som traditionelt set har været knyttet til hendes profession og har fået nogle nye. Forandringer i form af lovændringer og nye sundhedsreformer, som har medført nye organisatoriske strukturer.
Rowe and Hogarth (2005) Sundhedsplejersker	Storbritanien	Public Health Nursing (sundhedspleje, folkesundhed)	Forholder sig ikke direkte til begrebet identitet.	Mange af sundhedsvæsenets organisationer tager stadig udgangspunkt i principper, som knytter sig til Taylor's Scientific Management Theory ud fra den antagelse, at en god organisation kan sammenlignes med en velsmurt maskine. Dette leder til en forståelse af forandring som noget forudsigeligt og som en lineær proces, der kan initieres og kontrolleres af ledere.
Johnson, Cowin, Wilson, and Young (2012) Sygeplejefaglig baggrund	Australien	Nursing (sygepleje)	En professionel identitet bidrager til at konstruere kernen eller essentielle aspekter i forhold til det individet tillægger betydning.	En række aktuelle studier peger på at forandringer i verden kan have effekter i forhold til sygeplejersker og sygeplejeprofessionen.

Forfatter/baggrund	Land	Sygeplejefagligt felt	Forståelser af identitet	Forståelser af forandring
Machin, Machin, and Pearson (2012) Sundhedsplejersker	Storbritannien	Health Visiting (sundhedspleje)	Ubalance mellem rollelegitimitet, krav og støtte kan påvirke rollepræstationen i en negativ retning og føre til mulig forvirring. Hvis det ikke løses, kan det føre til individuelle psykologiske kriser. Sundhedspleje er blevet beskrevet som en profession i krise. En fælles, stabil identitet kan være drivkraft for avanceret praksis. Noget tyder på, at der mangler konsensus omkring sundhedsplejerskesrollen i Storbritannien. At afdække den fælles særlighed i sundhedspleje er en udfordring.	At arbejde på en anden måde kan udfordre den etablerede rolleidentitet. Trusler mod identitet. Sundhedsplejersker bør stræbe efter at stabilisere en fælles professionel rolle identitet. At finde måder til aktivt at fremme stabil kollektiv identitet bidrager til at fremme den individuelle sundhedsplejerskes rollepræstation og til at minimerer usikkerhed omkring identitet forårsaget af ustabile sundhedsplejesystemer.
Baldwin (2012) Sundhedsplejerske	Storbritannien	Health Visiting (sundhedspleje)	Sundhedsplejeprofessionen har ofte diskuteret, hvad der konstituerer den professionelle identitet og om der overhovedet eksisterer en sådan identitet. Sundhedspleje har siden etableringen af faget kæmpet for at definere sin rolle og har lidt af usikkerhed omkring den professionelle rolle. Det er kombinationen af opgaver, som gør sundhedspleje til en unik profession. Professionel identitet ikke er statisk og ændres og udvikles over tid i overensstemmelse med forandringer i professionelle roller, grænser og forståelser af professionen. Sundhedspleje er en profession, hvor forandring har været konstant, hvilket medfører såvel muligheder som udfordringer.	Sundhedsplejerskers rolle har været under forandring siden professionens etablering. Forandring er vedvarende i National Health Service (NHS) og med forskellige politiske dagsordner og prioriteringer ændres også sundhedsplejens rolle. En lang række trusler i forbindelse med forandringer i NHS er dokumenteret siden 1990-erne, hvilket forårsager yderligere forvirring omkring den professionelle identitet. Forskellige politiske dagsordner har påvirket sundhedsplejens identitet og er de væsentligste drivkræfter bag professionens forandring.

Forfatter/baggrund	Land	Sygeplejefagligt felt	Forståelser af identitet	Forståelser af forandring
Hurley (2009) Sygeplejefaglig baggrund	Storbritannien	Mental Health Care (psykiatrisk sygepleje)	En lang række sociale og politiske påvirkninger udfordrer professionen og bidrager til at sætte spørgsmålstegn ved eksistensen en særlig "Mental Health Care" identitet. Mental Health Care identiteten er ugennemsigtig og svag. At etablere en særlig professionel identitet har traditionelt set forudsat, at en gruppe demonstrere nogle bestemte karakteristika, som til gengæld udgør en betegnelse, der kan forbindes med en særlighed. Manglen på særlighed og forskellighed fra andre sundhedsprofessioner samt manglen på fælles professionelt fundament resulterer i, at det er vanskeligt at artikulere og dermed at kommunikerer, hvad Mental Health sygepleje er set i forhold til en bredere social arena.	Forandring ses som noget, der opstår i tilslutning til mangfoldige politikker, som søger at forbedre brugernes oplevelse af Mental Health Care. Risiko for ubalance.
Aranda and Jones (2008) Sygeplejefaglig baggrund	Storbritannien	Community Nursing (hjemmesygepleje)	Interessen for identitet er ofte forbundet med bekymring i forhold til overhængende trusler mod eller tabet af en kerne sygeplejeidentitet. Antagelsen om at sygeplejersker trækker på en sammenhængende eller fælles forståelse af deres identitet er en forståelse af identitet, som er baseret på dominant libaral humanistisk opfattelse af selvet og en forståelse af subjektivitet som fælles og essentiel.	Forandringers indflydelse er ustabile, modsatrettede og konstant åbne for nye definitioner.
Drew (2011) Sygeplejefaglig baggrund	Storbritannien	Community Nursing (hjemmesygeplejersker)	Gruppe identitet ses som nøglen i støtten af hjemmesygeplejersker i svære tider. Samtidig var artikulationen af klinisk ekspertise svag.	Rekonstruktion og forandringer i NHS' kultur kan medføre, at velkendte måder at arbejde på tabes/mistes.

Forfatter/baggrund	Land	Sygeplejefagligt felt	Forståelser af identitet	Forståelser af forandring
Piil, Kolbæk, Ottmann, and Rasmussen (2012) Sygeplejefaglig baggrund	Danmark-Australien	Nursing (sygepleje)	Professionelle identiteter er ikke fikserede og kan ændres over tid. Det er de værdier og overbevisninger, sygeplejersken er i besiddelse af, som guider hans/hendes tænkning, handlinger og interaktioner i forhold til patienten. Det mest fremtrædende træk ved professionel identitet er følelsen af at være sygeplejerske i modsætning til at arbejde som sygeplejerske.	Der er god grund til at tro, at de gennemgribende forandringer har påvirket sygeplejerskers rolle såvel som deres identitet.
Larsson, Aldegarmann, and Aarts (2009) Sygeplejefaglig baggrund	Sverige	Midwives (jordemødre)	Professionel identitet skabes i interaktion med andre og i en social følelse af sammenhæng indenfor professionen.	Forandringer i den professionelle rolle påvirker den professionelle identitet. Organisatoriske forandringer kan have en indflydelse på arbejdsmiljøet og kan have en indvirkning på individernes sundhed som følge af tabet af kontrol, hvilket kan resultere i stress og stress relaterede symptomer.
Maxwell, Baillie, Rickard, and McLaren (2013) Sygeplejefaglig baggrund	Storbritannien	Nursing (sygepleje)	Individer identificerer sig med en særlig gruppe og opfatter andre mennesker gennem den forståelse, som er gældende i deres egen gruppe. Processen kompliceres ved, at individer kan have multiple gruppeidentiteter på samme tid.	Stærke politiske drivkræfter har skabt nye roller i sundhedsvæsenet såvel nationalt som internationalt i bestræbelserne på at møde ændrede service konfigurationer. Forandring er ikke en enkeltstående begivenhed.
Halford (2003) Ikke sygeplejefaglig baggrund	Storbritannien	Nursing (sygepleje)	Identitet som en dynamisk og vedvarende proces. Organisatorisk konstruerede subjektpositioner vil ikke nødvendigvis bestemme identitet. Mens nogle individer ønsker og er i stand til fuldt ud at påtage sig en organisatorisk identitet, kan ”officielle” organisatoriske diskurser for andre vise sig at være konkurrerende og modsatrettede.	Der stilles nye krav til sygeplejersker i NHS, men disse krav bliver mødt meget forskelligt af de respektive individer. Selv om individer ikke er fuldstændigt selvbestemmende i forhold til at acceptere eller forkaste omstruktureringen af NHS og sygepleje, så er de på den anden side heller ikke magtesløse i forhold til forandring. Organisatoriske og professionelle krav til sygeplejersker genererer ikke en ensartet sygeplejeidentitet med derimod multiple, aktive, dynamiske identiteter.

Forfatter/baggrund	Land	Sygeplejefagligt felt	Forståelser af identitet	Forståelser af forandring
Crawford, Brown, and Majomi (2008) Ikke sygeplejefaglig baggrund	Storbritannien	Mental Health Nursing (psykiatrisk sygepleje, distriktspsykiatri)	At definere en professional identitet er ikke ligetil. Mental Health sygepleje er en ”doing kultur”. Med skiftet fra sundhedstjeneste til lokalsamfund er Mental Health sygeplejerskers professionelle identitet blevet mere mangfoldig og sløret set i forhold til andre fagområder. Professionel identitet er paradoksalt nok blevet en slags byrde, som gør sandsynligheden for at sikre den professionelle status endnu mere vanskelig. Hvad er det, der gør, at sygeplejerskernes bestræbelser på at assistere klienten på en fleksibel måde gør dem mindre og mindre synlige?	En hurtigt skiftende organisatorisk kontekst. Substantielle og vedvarende forandringer i forhold til en moderniseringsagenda i NHS.

Ph.d.-projektet er blevet til i samarbejde mellem Aarhus Universitet og Professionshøjskolen Metropol med forventning om at rette opmærksomheden mod "Udvikling af professionsuddannelse som organisatorisk læring". I forlængelse heraf undersøges sundhedsplejerskers faglige selvforståelser som et forhold mellem sundhedspleje som fag og sundhedspleje som opgave.
Den teoretiske inspiration er hentet i Science and Technology Studies med indsigter fra Aktør-Netværk Teori og Agential Realism. Dermed ses faglige selvforståelser ikke som et udtryk for en bestemt menneskelig egenskab og noget, der eksisterer i kraft af sig selv, men undersøges performativt som noget, der har opnået en særlig holdbarhed og som opretholdes gennem forskellige aktørers anstrengelser.
Et organisatorisk etnografisk feltarbejde i perioden maj 2010 til juni 2013 som omfatter fokusgruppeinterview, observationsstudier, Snaplogs samt læsning af historiske love, bekendtgørelser og vejledninger samt andre centrale dokumenter og tekster har bidraget til produktionen af et omfattende empirisk materiale. Sundhedsplejersker fra i alt fem forskellige kommuner har bidraget til denne empiriproduktion.
Med afsæt framing og de-framing fokuserer de performative analyser på, hvordan bevægelser i form af overgange og grænsedragninger producerer grænseflader og mellemrum, samt hvilke effekter dette har. Med en sådan analysestrategi træder kompleksiteten i sundhedspleje som fag, opgave og arbejde frem og bidrager til fremkomsten af interessant empirisk viden og mange væsentlige pointer set i forhold til projektets formål, som er at bidrage til at styrke fagligheden og den faglige udvikling i sundhedspleje-faget set i relation til aktuelle vilkår, krav, betingelser, udfordringer, osv.
Sundhedsplejerskers udfordringer i en tid, hvor riget fattes penge, handler ikke blot om at være i stand til at kunne redegøre for det, som vanskeligt kan artikuleres på måder så også ikke-sundhedsplejersker kan forstå samt at kunne agere i forhold til økonomiske stramninger. Det er også en udfordring, at selve det, der tages for givet og det, der kan eller ikke kan siges og gøres i det sundhedsplejefaglige felt, ikke for alvor bliver sat til diskussion set i forhold til at opgaven er foranderlig.
Det væsentligste budskab i forbindelse med dette projekt er derfor en opfordring til at rette opmærksomheden mod det, der ligger til grund for sundhedsplejens grundlæggende forståelser og fortællinger i erkendelse af, at disse producere reelle effekter set i forhold til dem sundhedsplejens ydelser retter sig mod, nemlig børnene og deres familier.

ISBN 978-87-7684-761-6

9 788776 847616

Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU)
Aarhus Universitet
Tuborgvej 164
2400 København NV

Tlf.: 8716 1300
E-mail: dpu@au.dk
edu.au.dk