



# Hverdagsrehabilitering og relationel koordinering

Afsluttende rapport fra ReKoHveR-projektet

ReKoHveR



teamarbejdsliv

Udarbejdet af: Karen Albertsen, Inger-Marie Wiegman  
og Hans-Jørgen Limborg  
September 2014



HVERDAGSREHABILITERING OG RELATIONEL KOORDINERING. AF-  
SLUTTENDE RAPPORT FRA REKOHVER-PROJEKTET

Udarbejdet af: Karen Albertsen, Inger-Marie Wiegman, Hans Jør-  
gen Limborg,

Udgiver: TeamArbejdsliv

Illustrationer: Jens Voxtrup

© TeamArbejdsliv

September 2014

# INDHOLD

Indhold 3

Forord 4

1 Sammenfatning 5

1.1 English summary 8

2 Baggrund for projektet 12

2.1 Hverdagsrehabilitering 12

2.2 Relationel koordinering 13

3 Projektdesign og Metode 16

3.1 Projektforløb 16

3.2 Den kvalitative undersøgelse 17

3.3 Den kvantitative undersøgelse 18

3.4 Formidling og dialog om resultater 20

4 Resultater 23

4.1 Relationel koordinering, medarbejdertrivsel og oplevet kvalitet 23

4.2 Organisering, Implementering og Relationel koordinering 28

4.3 Kommunikation og dokumentation 37

4.4 Brug af fagligheder 44

4.5 Inddragelse af borgernes mål 54

5 perspektiver i forhold til kortlægning af relationel koordinering 64

5.1 Relationel koordinering som diagnostisk redskab 64

5.2 Dialogbaseret arbejde med relationel koordinering 66

5.3 Relationel koordinering og social kapital 67

6 Referenceliste 68

## FORORD

Denne rapport formidler resultater fra forskningsprojektet Relationel Koordinering i Hverdags Rehabilitering (ReKoHveR), som med støtte fra Arbejdsmiljøforskningsfonden er gennemført i perioden januar 2012 til juni 2014.

Projektet er gennemført af forskere fra TeamArbejdsliv i samarbejde med hjemmeplejen i Esbjerg, Greve, Holbæk, Kolding og Vejen Kommuner. Vi vil gerne benytte lejligheden til at sige tak til ledere og medarbejdere i de fem kommuner for at have stillet deres kostbare tid til rådighed for vores undersøgelser og for at indgå i konstruktive dialoger med os og med hinanden om resultaterne.

I projektet har foruden forfatterne til rapporten deltaget Maya Flensborg Jensen og Flemming Pedersen samt studentermedhjælperne Christian Thörnfeldt, Sanne Jensen, Jenny Hjortebjerg og Gitte Hübner. Jens Voxtrup har bidraget med tegninger både undervejs i projektet og ved den afsluttende formidling af det.

Til projektet har været tilknyttet en følgegruppe bestående af en række arbejdsmarkedsorganisationer (KL, FOA, Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter, Dansk Sygeplejeråd og lederne) og formidlingsaktører (BAR SoSu, Professionshøjskolen Metropol og Type2Dialog). Vi vil gerne takke følgegruppen for deres engagement og værdifulde bidrag til at holde fokus og perspektivere og formidle projektets resultater. En ekspertgruppe med Tage Søndergaard Kristensen, Jacob Bjørner, Sanne Lykke Lundstrøm og Jody Hoffer Gittell har bidraget med gode råd og forskningsfaglig sparring på afgørende tidspunkter i projektet. Også dem vil vi gerne sige tak til.

Rapporten indeholder i kapitel 1 en dansk sammenfatning og et engelsk summary. Kapitel 2 giver en baggrund for projektet, og projektets design og metode beskrives i kapitel 3. I kapitel 4 redegøres for projektets kvantitative og kvalitative resultater, mens kapitel 5 indeholder en kort perspektivering af kortlægning af relationel koordinering.

For særligt interesserede findes en bilagsrapport med interview- og observationsguider, det anvendte spørgeskema, indholdsfortegnelsen til en af de rapporter, som kommunerne har modtaget, oversigt over projektets formidlingsaktiviteter samt et engelsk conference-paper.

God læselyst!



## 1 SAMMENFATNING

Projektets overordnede formål var at undersøge de arbejdsmiljømæssige aspekter af en hverdagsrehabiliterende tilgang til hjemmeplejen, som med stor hast har bredt sig i de danske kommuner.

Hensigten med projektet var dels at udvikle og afprøve en metode til måling af samarbejdsrelationerne (den relationelle koordinering) i hjemmeplejen og undersøge sammenhængen mellem mål for relationel koordinering og mål for social kapital, dels at undersøge sammenhængen mellem den relationelle koordinering og medarbejdernes trivsel og oplevelse af kvalitet i arbejdet, og dels at belyse hvordan implementeringen af hverdagsrehabilitering kan ske under hensyntagen til koordineringsbehovet og medarbejdernes trivsel.

I praksis organiseres og implementeres hverdagsrehabilitering på mange forskellige måder, men uanset hvordan, afstedkommer denne tilgang nye tværfaglige samarbejdsrelationer og ændringer i jobindholdet. Dette kan påvirke det psykiske arbejdsmiljø både positivt og negativt. Undersøgelser har påpeget, at kernen i en succesfuld hverdagsrehabilitering er et vel-fungerende tværfagligt samarbejde.

Den teoretiske inspiration er hentet fra den amerikanske forsker Jody Hoffer Gittell, som bruger begrebet relationel koordinering som en betegnelse for ”koordinering af arbejdsrelationer gennem fælles mål, fælles viden og gensidig respekt”. Gittell har påvist, at denne relationelle koordinering er helt central for, om en virksomhed med komplekse arbejdsopgaver opnår høj produktivitet, kvalitet og medarbejdertrivsel.

I projektet har vi undersøgt implementeringen af hverdagsrehabilitering i fem danske kommuner, som ved projektstart alle var i gang med at indføre hverdagsrehabilitering som en del af deres drift. Empirien omfatter en kvalitativ og en kvantitativ del. Den kvalitative del trækker på 12 fokusgruppeinterview med medarbejdere og ledere, 24 observationer og 5 individuelle interviews. Desuden blev der i hver kommune gennemført 2-3 møder, hvor resultaterne fra de forskellige faser af projektet blev fremlagt og valideret af deltagerne (efter en kvalitativ forundersøgelse og efter en kvantitativ undersøgelse og i nogle kommuner tillige i forbindelse med medarbejder- eller lederseminarer). Den kvantitative del omfatter spørgeskema-besvarelser fra i alt svarede 653 respondenter ud af 829 mulige, hvilket svarer til en svarprocent på 80. Svarene fordelte sig på 439 social- og sundhedsmedarbejdere<sup>1</sup>, 91 sygeplejersker, 31 terapeuter, 49 visitatorer og 43 ledere.

Resultaterne præsenteres i rapporten indenfor 6 hovedområder

### ***Relationel koordinering, medarbejdertrivsel og oplevet kvalitet***

En af hovedantagelserne bag projektet var, at bedre relationel koordinering hænger sammen med bedre udnyttelse af medarbejdernes faglighed, bedre medarbejdertrivsel og bedre kvalitet i ydelsen. Undersøgelsen af dette blev fokuseret på social- og sundhedsmedarbejderne, og analyser baseret både på kvantitative og kvalitative data kunne bekræfte antagelsen for denne medarbejdergruppe. Resultaterne peger på, at hvis hverdagsrehabilitering skal lykkes, og engagement og job-tilfredshed for social- og sundhedsmedarbejderne skal holdes højt, er det afgørende, at medarbejderne oplever en høj relationel koordinering, især karakteriseret ved fælles mål og viden, gensidig respekt og problemløsende kommunikation.

---

<sup>1</sup> Social- og sundhedsmedarbejdere bruges i denne rapport som en samlet betegnelse for social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter.

Den relationelle koordinering ift. de øvrige social- og sundhedsmedarbejdere og gruppeledere ser ud til at være vigtigst, men forholdet til sygeplejerskerne synes at være yderst vigtigt for oplevelsen af tilfredshed med arbejdet og forholdet til terapeuterne for oplevelsen af brug af faglighed og kvaliteten af indsatsen.

### **Organisering, implementering og relationel koordinering**

Organiseringen og implementeringen af hverdagsrehabilitering var forskellig fra kommune til kommune, og vi ønskede i projektet at undersøge, om disse forskelligheder kunne ses afspejlet i den relationelle koordinering for den pågældende kommune og i medarbejdernes trivsel og faglige stolthed. Undersøgelsen af mønstrene i relationel koordinering pegede på, at der faktisk var forskel på den relationelle koordinering mellem funktionsgrupperne i hjemmeplejen afhængigt af kommunernes organisering, specielt fandt vi mere positive relationer mellem terapeuter og sygeplejersker i den kommune, hvor de forskellige faggrupper (sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere) var placeret organisatorisk såvel som fysisk i de enkelte hjemmeplejegrupper under en fælles leder. Med kun fem kommuner i undersøgelsen kan man ikke med sikkerhed vide, om resultaterne skyldes den måde arbejdet er organiseret på, eller om der er andre forklaringer. Baseret på de kvalitative studier, finder vi det dog sandsynligt, at organiseringen af hjemmeplejen spiller en væsentlig rolle for mulighederne for samarbejde mellem de forskellige faggrupper.

I alle kommuner udtrykkes et ønske om, at hverdagsrehabilitering skal bidrage til mindskede udgifter (eller mindskede stigninger i udgifterne) i ældreplejen. I nogle kommuner er det en langsigtet målsætning, mens andre kommuner gerne vil kunne høste den økonomiske gevinst med det samme. Resultaterne fra undersøgelsen peger på, at den økonomiske dagsorden kun i begrænset omfang går ud over medarbejdernes jobtilfredshed og oplevede kvalitet i arbejdet, men at det er afgørende vigtigt, at den i praksis kombineres med en indsats, der skaber øget livskvaliteten for borgerne og faglig stolthed for medarbejderne.

### **Kommunikation og dokumentation**

Kommunikation er en væsentlig del af den relationelle koordinering, og vi har i alle kommuner fundet, at der er betydelige udfordringer med den kommunikation, som en hverdagsrehabiliterende tilgang fordrer mellem de forskellige fag- og funktionsgrupper. Ud over kommunikationen mellem faggrupper og vagtlag kræver arbejdet med hverdagsrehabilitering også en anden form for opfølgning og dermed dokumentation af indsats og resultater, end der har været tradition for i hjemmeplejen. I undersøgelsen fandt vi, at en sammenblanding af behovet for at skulle dokumentere data om borgere med mulighederne for at kommunikere i hverdagen, kan forstærke problemerne. Mange af de metoder og teknologier, der anvendes i ældreplejen, anvendes både til kommunikation og til dokumentation. Vi fandt, at der langt fra altid var klarhed over, hvornår og hvor noget skrives og med hvilket formål.

Etableringen af tværfaglige fora til understøttelse af koordineringen mellem faggrupperne var i alle kommuner et af de centrale indsatsområder til forbedring af kommunikationen. Vi så eksempler på mange forskellige mødestrukturer på tværs af team og fagligheder. Der blev de fleste steder også udtrykt stor tilfredshed med disse øgede muligheder for udveksling på tværs. Men der var en udbredt erkendelse af, at det ikke er tilstrækkeligt med mødestrukturer alene. Der er til stadighed brug for opmærksomhed på, om de rigtige personer deltager i møderne (herunder fx repræsentanter fra aften og nat), hvordan møderne faktisk forløber, hvem der siger noget, og hvem der ikke siger noget, og hvordan der bliver samlet op på beslutninger etc.

Det øgede behov for dokumentation og skriftlighed, som hverdagsrehabilitering medfører, er en særlig udfordring for mange social- og sundhedsmedarbejdere<sup>2</sup>. Selvom der i nogle kommuner havde været en del undervisning i dokumentation og skriftlighed for social- og sundhedsmedarbejdere, blev skriftligheden fremhævet som en udfordring i alle kommunerne. I målingerne af den relationelle koordinering fandt vi i alle kommuner, at social- og sundhedsmedarbejderne var den gruppe, der blev scoret lavest i forhold til præcision. Vi fandt, at de andre fag- og funktionsgrupper generelt udviste en stor forståelse for social- og sundhedsmedarbejdernes udfordring med hensyn til skriftlighed og dokumentation, og vi observerede en imødekomenhed i forhold til at bidrage til at afhjælpe problemerne.

Udfordringerne med skriftlighed blev ikke mindre af, at der i alle kommuner kunne konstateres betydelige udfordringer ift brugen og funktionaliteten af IT-teknologien. Det handlede dels om manglende oplæring og kompetence hos medarbejderne ift hensigtsmæssig brug og dels om utidssvarende udstyr og begrænset funktionalitet i nogle af de meget udbredte systemer. Vi fandt at der i kommunerne var forskellige måder at håndtere udfordringerne med teknologien på, og der fremkom i projektet forskellige forslag til mulige løsninger.

### **Brug af fagligheder**

Hverdagsrehabilitering indebærer at flere forskellige fagligheder bringes i spil i den kommunale hjemmepleje og at disse fagligheder skal finde deres egne roller og positioner i forhold til hinanden og i forhold til den fælles opgave. Vi fandt at der i kommunerne ikke blev skelnet mellem social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i forhold til arbejdet med hverdagsrehabilitering til trods for ret store forskelle i de to gruppers kompetencer og uddannelsesniveau. Denne manglende skelnen kan betyde, at der er ressourcer og kompetencer, der ikke i fuldt omfang udnyttes. Et forhold, der ser ud til at kunne have betydning for nogle af disse medarbejders interesse i fortsat at arbejde på området.<sup>3</sup>

Terapeutfagligheden synes at være dominerende i kommunernes rehabiliterende tænkning og ergo- og fysioterapeuter indgår i nøglefunktioner i kommunernes arbejde med hverdagsrehabilitering. Vi finder flere ergo- end fysioterapeuter beskæftiget med hverdagsrehabilitering i kommunerne afspejlende at nogle kommuner foretrækker ergoterapeuter frem for fysioterapeuter i indsatsen. Vi finder mindre forskelle i de to gruppers oplevelse af arbejdet med rehabilitering og resultaterne tyder på, at ergoterapeuter er mere udfordret i samarbejdet med sygeplejerskerne end fysioterapeuter.

Vi finder at sygeplejerskerne generelt er dårligt integreret i det hverdagsrehabiliterende arbejde og har svært ved at finde deres rolle i samarbejdet med de andre grupper, herunder specielt med terapeuterne. Vi vurderer, at der er behov for at sygeplejerskerne får en mere fremtrædende placering i rehabiliteringsarbejdet. Det vil kræve, at der gøres plads til sygeplejefagligheden i forståelsen af rehabilitering og at sygeplejerskerne selv ser betydningen af dette og gør en indsats for at udforme og udfylde deres rolle.

---

<sup>2</sup> Det blev i kommunerne generelt ikke italesat, at udfordringerne med dokumentation og skriftlighed var større for social- og sundhedshjælperne end for social- og sundhedsassistenterne, selvom det måtte forventes at være tilfældet.

<sup>3</sup> Forskergruppen er af FOA blevet oplyst om, at der siden projektets dataindsamling i 2012 er sket en stor ændring i mange kommuners brug af social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i hjemmeplejen. Kompetencekravene er øget, hvilket betyder at kommunerne i 2014 i langt højere grad eksplicit efterspørger social- og sundhedsassistenter og deres kompetencer i hjemmeplejen end tilfældet var i 2012.

Vores undersøgelse tyder på, at ledernes faglighed kan have en betydning for deres indstilling til hverdagsrehabilitering. Vi finder sådanne forskelle mellem gruppeledere med en sygeplejerskebaggrund og med en social- og sundhedsuddannelse. I betragtning af sygeplejerskers meget betydningsfulde placering på alle ledelsesmæssige niveauer i kommunernes hjemmepleje, er det ikke uinteressant, om sygeplejerskernes indstilling afspejler sig på andre ledelsesniveauer.

### **Inddragelse af borgernes mål**

Borgerinddragelse og centrering af arbejdsindsatsen omkring borgerens behov står særdeles stærkt i den rehabiliterende tankegang, og der er dokumentation for, at graden af borgerinddragelse i målsætningerne hænger sammen med effekten af indsatsen. Vi finder, at det tillige har stor betydning for medarbejdernes trivsel, om de oplever at borgerne bliver hørt og inddraget i opstillingen af målene for hverdagsrehabiliteringen. Med den vægt kommunerne lægger på at få medarbejderne til at tænke i rehabiliterende baner, er det heller ikke overraskende, hvis netop dette spørgsmål opleves som en central del af kerneopgaven, og derfor hænger tæt sammen med oplevelsen af kvaliteten af det arbejde, der udføres. Resultaterne viser samtidig, at der er betydelige forskelle på, i hvilken grad medarbejderne i de fem kommuner oplever, at borgerens mål i praksis er i centrum i det rehabiliterende arbejde.

Det kan der være forskellige grunde til. På baggrund af de samlede erfaringer fra projektet opstilles en model over hvordan inddragelsen af borgerens mål i det hverdagsrehabiliterende arbejde antages at være afhængigt af rammerne, forvaltningen af råderummet og kommunikationen på og imellem forskellige niveauer i systemet. På hvert niveau i systemet: mellem ledelse og de øvrige medarbejdergrupper, mellem visitationen og de øvrige medarbejdergrupper, mellem terapeuterne og social- og sundhedsmedarbejderne og mellem social- og sundhedsmedarbejderne og borgerne sker der dels en fastlæggelse af rammerne for aktiviteterne (visitering, planlægning og gennemførelse af rehabiliteringsforløbene), og der sker en specifik fortolkning og udfyldelse af det råderum, der på det pågældende niveau er til stede. Der sker også en kommunikation videre i systemet af mulighedsrummet på det næste niveau i systemet. Endvidere opstilles en række mere specifikke antagelser om forhold af betydning for, i hvilken grad borgerens mål inddrages.

### **Kortlægning af relationel koordinering**

I dette afsnit beskrives projektets erfaringer med kortlægning af relationel koordinering på baggrund af spørgeskemadata. Vi konkluderer, at en spørgeskemabaseret kortlægning af den relationelle koordinering kan give meget detaljeret information om samarbejdsrelationerne på en arbejdsplads, men ikke er mulig at integrere i en almindelig trivselsmåling, der omfatter alle medarbejdergrupper. Kortlægningen kan man med fordel bruge som diagnostisering og som udgangspunkt for dialog og fastlæggelse af en indsats. Den kan give viden om, hvor det er vigtigt at sætte ind, men ikke om, hvordan det konkret skal gøres.

Vi beskriver endvidere erfaringerne med at arbejde dialogbaseret med den relationelle koordinering, også uden en forudgående kvantitativ måling. TeamArbejdsliv har gode erfaringer med at arbejde med denne metode både i den offentlige og i store private virksomheder, hvor metoden har vist sig at kunne understøtte dialog og kommunikation med umiddelbar virkning.

Endelig refereres kortfattet en artikel, der handler om, hvordan begreberne om social kapital og relationel koordinering hænger sammen. Artiklen er pt under review.



## 1.1 English summary

Home care in Denmark will be under pressure in the future due to demographic changes. The number of elderly and dependent people are rising significantly and the need for home care will increase. A shortage of labor is expected, and recruitment challenges will probably increase in an area already characterized by a stressful working environment and high staff turnover.

Therefore, there is a need for new approaches, which will maintain the quality and increase the efficiency of care without compromising the working environment. The research project "Relational Coordination in Everyday Rehabilitation" was initiated in order to investigate the health and safety aspects of such a new approach in the municipal elderly care. This approach is commonly referred to as "everyday rehabilitation" and is spreading rapidly in the Danish municipalities. The project was financed by the Danish Work Environment Research Fond, and conducted between January 2012 and June 2014.

Everyday rehabilitation is organized and implemented in different ways in the municipalities; but regardless of the specific process of change, it has resulted in new interdisciplinary collaboration patterns and changes in job content. Studies have indicated that the core of a successful everyday rehabilitation is a well-functioning interdisciplinary collaboration. Accordingly, the project draws its theoretical inspiration from the American Professor Jody Hoffer Gittel, who uses the concept of relational coordination as a term for "the coordination of work through relationships of shared goals, shared knowledge, and mutual respect." Gittel has demonstrated that relational coordination is a key predictor when it comes to high productivity, quality and employee satisfaction in enterprise with complex tasks.

The project collected qualitative data about the experiences with implementation of everyday rehabilitation in five municipalities. The results from the qualitative part of the study was used to qualify a following quantitative mapping of relational coordination, social capital and employee well-being in selected districts or areas in each municipality.

The qualitative part comprehends 12 focus group interviews with employees and managers, 24 observations and 5 individual interviews. In each municipality, we conducted 2-3 meetings where results from the different phases of the project were presented and where we presented our interpretations and had them validated by the participants. The quantitative part included questionnaire responses from 653 respondents out of 829 possible, which corresponds to a response rate of 80. Responses covered 439 home care workers, 91 nurses, 31 therapists, 49 medical officers and 43 managers.

The main results from the study are summarized below within six main themes:

### ***Relational coordination, employee satisfaction and perceived quality of work***

One of the main assumptions behind the project was that relational coordination is associated with better employee well-being and quality of service. This assumption was supported by quantitative analyses within the group of home care workers. Analyses showed that higher levels of relational coordination was associated with the employee's experience of better use of their competences, higher job-involvement and improved quality of service. The relational coordination within the group of health care workers and toward the group leaders had the highest associations with outcome. However, also relational coordination toward the nurses was associated with job satisfaction and toward the therapist with the experience of use of competences and quality of service. The dimensions of relational coordination measuring shared goals, shared knowledge, mutual respect and problem-solving com-

munication were more closely associated with outcome than the dimensions measuring frequency, timelines and precision. The results suggest that if everyday rehabilitation is going to succeed, and commitment and job satisfaction for the health care staff are to be kept high, it is vital that employees experience a high relational coordination.

### ***Organization, implementation and relational coordination***

The organization and implementation of everyday rehabilitation differed from municipality to municipality. The patterns of relational coordination between functional groups differed from municipality to municipality depending on the organization of care. Specifically, we found a more positive relationship between therapists and nurses in the municipality where the nurses, therapists and health care workers were organized and physically located in the same groups, and under a shared leader. Results from the qualitative study supported that the organization of the home care could potentially improve the cooperation between the various groups.

### ***Communication and documentation***

In all municipalities, we found serious challenges with communication and documentation demands related to everyday rehabilitation. Many of the methods and technologies in the home care were used for both communication and documentation demands. Often, it was not clear when and how something was written and for what purpose, and sometimes the requirements to use data to document work with citizens intertwined with opportunities to communicate in everyday life. The establishment of interdisciplinary forums to support coordination between professions were in all municipalities one of the key focus areas for improving communication. It was widely recognized that an interdisciplinary meeting structure is not sufficient on its own. It is also necessary with attention to whether the right people attend the meetings (including, for example, representatives from the evening and night shifts), how meetings proceeds and how decisions are made and reported etc.

The increased need for documentation and writing associated with everyday rehabilitation was a particular challenge for many care workers. We found this reflected in the measurements of relational coordination, where care workers were the group with the lowest score on precision. The challenges of writing was not diminished by the fact that all municipalities faced problems with the use and functionality of IT technology.

### ***Use of disciplines***

With regard to the use of the different professions in everyday rehabilitation, the municipalities did not distinguish between care workers educated as assistants and care workers educated as helpers in relation to work with everyday rehabilitation. This lack of differentiation may mean that there are resources and capabilities that are not being fully utilized, and potentially a factor that could decrease some of these employees' interest in continuing to work in the field. Therapist Professionalism seems to be dominant in the municipalities rehabilitative thinking and occupational and physical therapists are part of the key staff in the municipalities' everyday rehabilitation. We found more occupational therapists engaged in everyday rehabilitation and we found slight differences in the two groups' experience of working with rehabilitation, suggesting that occupational therapists are more challenged in cooperation with the nurses than the physiotherapists. The results showed that nurses were generally not well integrated in the work with everyday rehabilitation. It was difficult for them to find their role in the cooperation with the other groups, especially with the therapists.

### ***Inclusion of the goals of the citizens***

Inclusion of the goals of the citizens is a central part of the thinking around rehabilitation, and there is evidence that the success of rehabilitation is linked to the integration of the objectives of the citizen. We found, that it is also of great importance to employee well-being, whether the citizens are consulted and involved in the establishment of the targets for everyday rehabilitation. The results further showed that there were significant differences in the extent to which employees in the five municipalities felt that they succeeded in integrating the objectives of the citizen in the rehabilitative work. There can be various reasons for this. Based on the collective experience gained from the project, we developed a model of how the involvement of the citizen's goal can be assumed to depend on the context, the management of the scope and the communication within and between different levels of the system.

### ***Mapping of relational coordination***

The relational coordination survey gave very detailed information about the collaboration in the home care in the municipalities, and the employees and managers in the municipalities could recognize the relational patterns from their daily work. Based on these experiences, the mapping of relational coordination seems to be highly useful as a diagnostic tool and as a basis for dialogue and development of interventions.

In the quantitative analysis, we explored the relationship between the concepts of relational coordination and social capital. To what extent is there agreement between the measurements of the one and the other? And is one of them more fundamental than the other? The results supported that relational coordination and social capital are, in fact coherent, although not completely overlapping, concepts and that social capital may mediate the relationship between relational coordination and psychological well-being, involvement and perceived quality of work.

## 2 BAGGRUND FOR PROJEKTET

### 2.1 Hverdagsrehabilitering

Projektets overordnede formål var at undersøge de arbejdsmiljømæssige aspekter af en hverdagsrehabiliterende tilgang i hjemmeplejen, som med stor hast har bredt sig i de danske kommuner.

Antallet af ældre og plejekrævende borgere stiger markant og behovet for hjemmepleje ser ud til at øges i fremtiden (Danmarks Statistik, 2013). Det kan forventes, at der bliver mangel på arbejdskraft (Arbejdstilsynet, 2010) og at rekrutteringsproblemerne stiger på et område, der i forvejen er karakteriseret ved belastende arbejdsmiljø og høj personaleomsætning (Borg et al. 2005, Oshsner et al., 2009, Sejbæk, et al. 2010). Samfundet står dermed over for en række selvforstærkende problemer, der kalder på kreative løsninger.

Mange kommuner har i den sammenhæng sat fokus på hverdagsrehabilitering. Rehabilitering defineres som ”En målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats” (Rehabilitering i Danmark, 2004, Hjortbak et al., 2011, Jepsen et al 2013). Det nye ved hverdagsrehabilitering er, at det foregår i borgerens eget hjem, og at der etableres samarbejdsfora omkring rehabiliteringsforløbet med borgeren med deltagere fra forskellige ”siloeer” i kommunen: visitationen, hjemmeplejen, sygeplejen og genoptræning. Gennem dialog med fagfolk skal borgeren styrkes i at sætte sine egne mål for rehabiliteringen. Selvom hverdagsrehabilitering breder sig hastigt, er der stadig begrænset kendskab til virkningerne. Undersøgelser fra Sverige og en enkelt fra Danmark tyder på, at hverdagsrehabilitering giver øget funktionsevne og livskvalitet blandt borgerne, udskudt plejebæhov og økonomiske besparelser (Bækmark, 2010, Kjellberg, 2011, Månsson et al., 2006, Månsson, 2009, Orth, 2010). Det er dermed også primært disse mål, frem for fx bedre arbejdsmiljø, der motiverer kommunerne til at implementere hverdagsrehabilitering.

I praksis organiseres hverdagsrehabilitering på mange forskellige måder med hensyn til struktur og fordeling af opgaver og kompetencer. Uanset hvordan, afstedkommer det nye tværfaglige samarbejdsrelationer og ændringer i jobindholdet. Dette kan påvirke det psykiske arbejdsmiljø både positivt og negativt.

Implementering af den rehabiliterende tankegang stiller fx store og nye krav til social- og sundhedsmedarbejderne, som må revidere opfattelsen af kerneopgaven fra fokus på pleje og omsorg til udviklingspotentialer. En væsentlig udfordring for lederne er at få kompetencerne fra de forskellige fagligheder til at spille sammen, så fx fysioterapeutens rehabiliterende tilgang, social- og sundhedsmedarbejdernes nære kontakt med borgeren og sygeplejerskens sundhedsfaglighed kan berige hinanden. Risikoen er, at de specialiserede ”fag-siloeer” vedbliver at fungere som adskilte enheder.

Undersøgelser fra Sverige understreger, at kernen i succesfuld hverdagsrehabilitering er et velfungerende tværfagligt samarbejde (Månsson, et al., 2006).

## 2.2 Relationel koordinering

Den amerikanske forsker Jody Hoffer Gittel har forsket i betydningen af tværfagligt samarbejde i komplekse organisationer i USA. Hun bruger begrebet relationel koordinering som en betegnelse for ”koordinering af arbejdsrelationer gennem fælles mål, fælles viden og gensidig respekt”. Koordineringen er tæt knyttet til kommunikationen i virksomheden, dvs omfang og karakteren af den dialog, der foregår (Gittel, 2009). Relationel koordinering kan udvikle sig i såvel negative som positive udviklingsspiraler (figur 2.2.1). Derfor bør arbejdspladsen ifølge Gittel være bevidst om disse spiraler og skabe et fælles fundament og procedurer, der understøtter kommunikation og relationer.

Forskningen i relationel koordinering har vist, at der er nogle bestemte karakteristika ved de tværfaglige relationer og kommunikationen i de organisationer, der fungerer bedst og er mest succesfulde. Den har også dokumenteret, at der er en positiv sammenhæng mellem virksomhedernes produktivitet, kvaliteten af arbejdet og medarbejdernes trivsel (Gittel 2009, Kristensen, 2010)

Gittells forskning har baggrund i luftfartsindustrien og hospitalssektoren – områder, der har det til fælles, at mange forskellige faggrupper skal arbejde sammen om komplicerede processer, der i sidste ende kan være et spørgsmål om liv eller død.

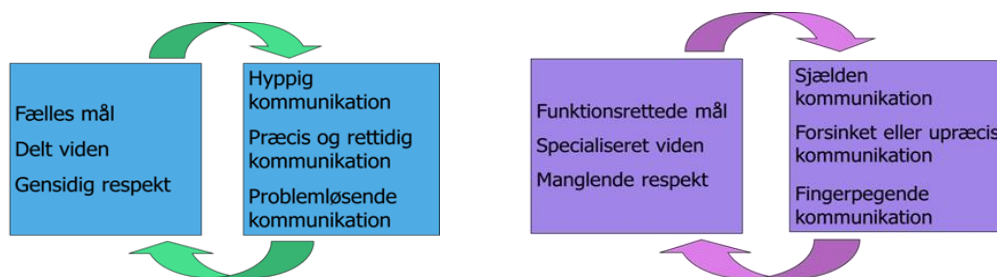
I virksomheder med komplekse produktionsprocesser, store krav til tidsmæssig præcision og stærke professioner er der ifølge Gittel et særligt stort pres på den relationelle koordinering, og her vil det være af særlig betydning for kvaliteten og produktiviteten, hvordan den fungerer. Det betyder dog ikke, at begrebet udelukkende giver mening i forbindelse med meget komplekse produktionsprocesser. Så snart der er flere forskellige faggrupper eller funktionsgrupper involveret i en arbejdsproces, er det vigtigt for den samlede proces, hvordan de finder ud af at koordinere deres bidrag med hinanden.

I det seneste årti har der i Danmark både i forskning og i praksis været en hel del opmærksomhed på virksomhedernes sociale kapital, som en betegnelse for ”den egenskab ved virksomheden som sætter organisationens medlemmer i stand til i fællesskab at løse dens kerneopgave” (Olesen et al., 2008). De dimensioner af den sociale kapital, der handler om tillid og retfærdighed har i den hidtidige forskning fået stor opmærksomhed og afdækkes i dag i mange trivselsundersøgelser. Den dimension, der handler om samarbejdsevne har vist sig vanskeligere at operationalisere og belyse. Relationel koordinering har fokus på den del af virksomhedens sociale kapital, som handler om samarbejdsevnen og mere specifikt på de brobyggende relationer, altså på samarbejdet på tværs af fag eller funktioner. En del undersøgelser på området har fokuseret på samarbejdsrelationerne mellem forskellige faggrupper indbyrdes (Gittel, 2003), eller på tværs af afdelinger i en organisation (Havens et al., 2010). De har således primært haft fokus på det, man i relation til social kapital kalder for de brobyggende relationer. Senere undersøgelser har dog også inddraget fx de forbindende relationer - mellem medarbejdere og ledere (Hornstrup & Johansen 2013), relationer mellem formelle (ansatte) og uformelle (familiemedlemmer) behandlere (Weinberg et al. 2007) og mellem patienter og behandlere (Cramm & Nieboer, 2014).

I Danmark har der været en stor og bred interesse for Gittel's forskning. Især i den offentlige sektor har man taget relationel koordinering til sig og særligt inden for sundhedssektoren. Gittel definerer relationel koordinering som koordinering af arbejdsrelationer gennem fælles mål, delt viden og gensidig respekt. Relationerne bidrager til, og understøttes samtidig af, at kommunikationen er tilpas hyppig, sker på de rigtige tidspunkter og er forståelig, præcis og problemløsende.

I hjemmeplejen kan det fx handle om, at de rette personer får talt sammen på de rette tidspunkter for at koordinere indsatsen omkring en bestemt borger. I nogle kommuner holder man regelmæssigt tværfaglige møder, hvor indsatsen overfor udvalgte borgere drøftes af alle relevante fagpersoner omkring borgeren; social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejerske, terapeut, visitator og evt. demensfaglig ekspert eller anden relevant fagperson. Borgeren selv eller vedkommendes pårørende kan også blive inddraget. Det kræver tid og koordinering af medarbejdernes skemaer at muliggøre sådanne møder, men det er samtidig med til at sikre, at medarbejderne får en fælles forståelse af borgerens problematik og behov – både fysisk, psykisk og socialt, så de bliver i stand til at arbejde i samme retning.

Der kan opstå såvel negative som positive udviklingsspiraler i kommunikationen og i relationerne, alt efter vilkårene for samarbejdet og indstillingen blandt medarbejdere og ledere. Fælles mål, delt viden og gensidig respekt skaber hyppigere, mere præcis, rettidig og problemløsende kommunikation, som igen bidrager til at styrke fælles mål, delt viden og gensidig respekt. Omvendt kan funktionsrettede mål, specialiseret viden og mangel på respekt bidrage til sporadisk, upræcis, dårlig timet og fingerpegende kommunikation, som igen forstærker den manglende respekt o.s.v. (se figur 2.2.1).



Figur 2.2.1. Positiv og negativ udviklingsspiral mellem mål, viden, respekt og henholdsvis adækvat og inadækvat kommunikation (Gittell, 2012)

Hvis man fx på et hospital skal samarbejde om plejen af en patient, er det centralt for kvaliteten af arbejdet, at de forskellige faggrupper, der indgår i plejen deler deres viden om den pågældende patient med hinanden. Og for at kunne dele viden med hinanden, er det vigtigt, at medarbejderne har et fælles sprog om og i arbejdet. Det handler ikke om, at alle skal have et fuldt ud fælles sprog på alle områder, og at der ikke skal være specialiseret viden eller fagsprog. Men det er vigtigt, at der er en fælles forståelse af de centrale ord og begreber. Kun med en hvis grad af fælles sprog, er det muligt at kommunikere med hinanden uden misforståelser. Sproget er samtidig bærer af den fælles forståelse af opgaven, det fælles mål. Det er fx ikke ligegyldigt, hvad man på en institution kalder den gruppe mennesker, man arbejder med. Er det en "kunde", en "beboer", en "elev", en "klient", et "barn", en "ældre" eller måske en "borger". Det er heller ikke ligegyldigt, om det arbejdsfællesskab der skaber er "undervisning", "læring" eller "pasning", om det er "ydelse", "pleje" eller "rehabilitering" eller om det slet og ret er "service".

### 2.2.1 Kommunikation er grundstenen i et godt samarbejde

Gittell og hendes kolleger har igennem spørgeskemaundersøgelser og interviews undersøgt forskellige grupper af ansattes oplevelse af fælles mål, delt viden og gensidig respekt. De har også spurgt ind til kvaliteten, karakteren og omfanget af den indbyrdes kommunikation. Forskerne har på baggrund af spørgeskemaresultaterne udregnet gennemsnitsscorer for den relationelle koordinering på afdelingsniveau og på virksomhedsniveau og sammenholdt disse mål med indikatorer for fx produktivitet og kvalitet. Gennem undersøgelser i bl.a. luftfart og hospitaler har de dokumenteret, at en høj relationel koordinering hænger sammen med høj jobtilfredshed, produktivitet, kvalitet i ydelserne og kundetilfredshed.

Relationel koordinering lægger eksplicit vægt på karakteren af kommunikation som bærer af og tæt forbundet med relationerne i organisationen, og på vigtigheden af den gensidige respekt i samarbejdsrelationerne. Dermed bliver kommunikationen også et oplagt sted at sætte ind for at forbedre relationerne. Kommunikationen kan understøttes på mange forskellige niveauer. Man kan sætte ind på det interpersonelle niveau og arbejde direkte med udvikling af en fælles forståelse af mål, vidensdeling og gensidig respekt i personalegruppen, samt med udviklingen af en kommunikation, der er præcis, forståelig og problemløsende og kommer på de rigtige tidspunkter. Man kan også sætte ind med en forbedring af infrastrukturen omkring kommunikationen, dvs. de strukturer og systemer, der understøtter kommunikationen.

Gittell m.fl. har undersøgt, hvordan man på virksomhedsniveau kan arbejde strategisk for at øge den relationelle koordinering. Hun og hendes kolleger har identificeret en række mulige indsatsområder, og har fundet dokumentation for, at bestemte måder at designe og organisere arbejdet på, bidrager til at fremme den relationelle koordinering. De peger bl.a. på, at den relationelle koordinering kan fremmes ved:

- At rekruttere medarbejdere, der er gode til at samarbejde
- At måle og belønne team-præstationer (og ikke alene individuelle præstationer)
- At konflikter løses i opløbet, og bruges proaktivt til forbedring og udvikling
- At investere i mellemledere og sørge for, at de har tilstrækkelig støtte og opbakning i systemet
- At faggrænserne mellem forskellige funktioner gøres så fleksible som muligt og forsvarligt
- At indsætte tværfaglige koordinatore med specielt fokus på den tværgående indsats
- At anvende fælles, fungerende systemer til vidensdeling, herunder IT-systemer
- At prioritere og gennemføre møder med deltagelse af rette personer på rette tidspunkt

Generelt er det en fordel, hvis så mange som muligt af ovenstående områder understøtter den relationelle koordinering. Hvor og hvordan det mere specifikt er hensigtsmæssigt at sætte ind, afhænger naturligvis af den aktuelle virksomhed og den aktuelle situation. Et godt udgangspunkt for en indsats til fremme af den relationelle koordinering kan være at gennemføre en spørgeskemabaseret kortlægning blandt de relevante medarbejdergrupper (se fx Albertsen et al., 2012).

Ovenstående afsnit er primært baseret på projektansøgningen samt artiklen: Albertsen og Wiegman (2014): Relationel Koordinering- om tværfagligt samarbejde og kommunikation i Karnov HR Guide.

I relation til projektet har TeamArbejdsliv i samarbejde med BAR-SoSu og Jens Vox udviklet en lille animation om relationel koordinering i hjemmeplejen: <http://www.etsundtarbejdsliv.dk/socialkapital/relationel-koordinering/>

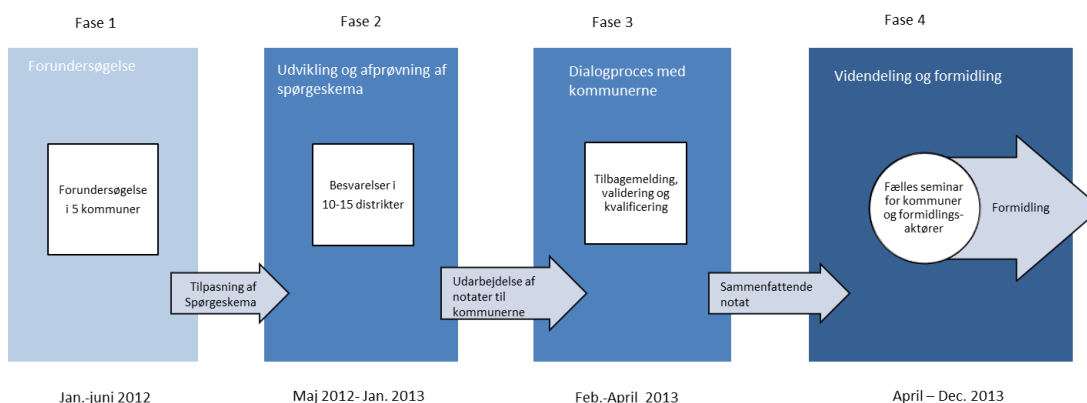




## 3 PROJEKTDESIGN OG METODE

### 3.1 Projektforløb

Projektet var designet som et eksplorativt udviklingsprojekt forløbende over fire faser i en periode på 24 måneder (figur 3.1.1).



Figur 3.1.1. Projektforløb

1. Forundersøgelsen havde til formål at etablere et detaljeret kendskab til, hvordan de enkelte kommuner implementerer hverdagsrehabilitering og at identificere de centrale udfordringer i processen. Resultaterne fra forundersøgelsen blev præsenteret og valideret på tilbage meldingsmøder i hver af kommunerne (se afsnit 3.2).
2. Fase 2 havde til formål med udgangspunkt i den faktiske organisering i kommunerne, at udvikle, tilpasse og afprøve et spørgeskema til måling af Relationel koordinering mellem de medarbejdergrupper identificeret i fase 1 (se afsnit 3.3.), og at analysere sammenhænge mellem den relationelle koordinering, den sociale kapital og medarbejdertrivsel i hver kommune.
3. Fase 3 omfattede en dialogproces med kommunerne. Der blev til hver kommune udarbejdet et omfattende skriftligt notat (for en indholdsfortegnelse se bilag 4) og afholdt et seminar med repræsentanter for ledelse og medarbejdere, hvor resultaterne fra både den kvalitative og kvantitative undersøgelse blev præsenteret og diskuteret. Formålet var dels at give tilbage melding til kommunerne og dels at kvalificere og validere projektets resultater.
4. Videndeling og formidling. På baggrund af erfaringerne fra fase 1-3 blev der afholdt et fælles seminar med repræsentanter fra alle kommunerne og fra følgegruppen, hvor foreløbige projektresultater blev præsenteret og valideret. Derefter har Team-Arbejdsliv alene og i samarbejde med centrale forskere og aktører inden for området gennemført mundtlig formidling i en række sammenhænge og udarbejdet diverse materialer og publikationer om hverdagsrehabilitering og relationel koordinering (for et overblik se bilag 5).



De kvalitative og de kvantitative data blev i første omgang analyseret hver for sig og af forskellige forskere. Derefter blev resultaterne blevet præsenteret i sammenhæng i tilbagemeldingsrapporter til kommunerne, så mulige overensstemmelser eller uoverensstemmelser i resultaterne træder frem.

### 3.2 Den kvalitative undersøgelse

I projektet har vi undersøgt implementeringen af hverdagsrehabilitering i fem danske kommuner: Esbjerg, Kolding, Vejen, Greve og Holbæk. Alle kommuner var ved projektstart i gang med at indføre hverdagsrehabilitering som en del af deres drift.

De kvalitative data omfatter 1) dokumenter fra kommunerne, fx notater, nyhedsbreve, kursusbeskrivelser, evaluerings- og statusrapporter, PowerPoint præsentationer 2) semistrukturerede fokusgruppeinterviews med henholdsvis medarbejdere og ledere i de 5 kommuner, 3) observationer af bl.a. teammøder, tværfaglige møder og hjemmebesøg, 4) tilbagemeldinger fra kommunerne efter mundtlige fremlæggelser og på baggrund af de skriftlige notater.

Ved udvælgelse af medarbejdere til fokus-gruppe interviews blev det tilstræbt at TR og AMR var repræsenteret sammen med medarbejdere af forskellig uddannelse og funktion (social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper, sygeplejerske, ergo- eller fysioterapeut og visitator), forskellig anciennitet og forskellige vagt-typer (dag, aften, nat).

I alt blev der gennemført 12 fokusgruppeinterview med medarbejdere og ledere (2-3 i hver kommune), 24 observationer (4-6 i hver kommune) og 5 individuelle interviews (0-2 i hver kommune). Interview og observationer blev gennemført i februar - september 2012.

Desuden blev der i hver kommune gennemført 2-3 møder, hvor resultaterne fra de forskellige faser af projektet (efter forundersøgelsen og efter den kvantitative undersøgelse og i nogle kommuner tillige i forbindelse med medarbejder- eller lederseminarer) blev fremlagt og valideret af deltagerne. Møderne blev afholdt mellem maj 2012 og april 2013.

Interview- og observationsguider fokuserede på faktorer, som tidligere forskning har påpeget som afgørende for succes ved implementering af arbejdsplads-interventioner (Egan, et al., 2008) og på arbejdspraksisser til understøttelse af den relationelle koordinering (Gittell, 2008b).

Tilsammen kan de opsummeres i følgende nøgleområder:

1. Kommunernes motivation og rationale for implementering af hverdagsrehabilitering (økonomi, borgerservice, arbejdsmiljø)
2. Organisering af ældreplejen før og efter (ændringer i roller, funktioner og ansvar)
3. Graden af samarbejde og medarbejderinvolvering i planlægning og gennemførelse (herunder information, formidling og tydelighed)
4. Graden af opbakning fra top- og linjeledelsen
5. Graden af opbakning fra medarbejdergrupperne
6. Kompetenceudvikling/uddannelse og økonomiske ressourcer i implementeringsprocessen
7. Arbejdspraksisser til understøttelse af relationel koordinering

Interview- og observationsguider er vedlagt i Bilag 1a og b

### 3.3 Den kvantitative undersøgelse

#### 3.3.1 Spørgeskemaudvikling

Til den kvantitative undersøgelse sammensatte vi et spørgeskema til måling af Relationel Koordination, Social kapital (Målt med skema udviklet til Arbejds miljørådet), dimensioner i det psykiske arbejdsmiljø, jobtilfredshed, psykisk velbefindende, involvering og engagement. De fleste spørgsmål var fra Copenhagen PsychoSocial Questionnaire (Pejtersen et al, 2010). Det endelige spørgeskema er præsenteret i bilag 3.

Ved målingen af Relationel Koordination tog vi udgangspunkt i de 7 spørgsmål, udviklet af Jody Gittell (Gittell, 2009) og siden oversat til Dansk (Gittell, 2012).

Med udgangspunkt i den faktiske organisering af hverdagsrehabilitering i de fem kommuner (afdækket igennem den kvalitative undersøgelse) har vi udviklet en ”kulturel”, dansk oversættelse af de 7 items Jody Gittell har udviklet til måling af relationel koordinering. Spørgsmålene blev tilpasset og afprøvet gennem en række faser:

1. Spørgsmålene er konstrueret sådan, at de rettes mod ”den centrale arbejdsproces” i den aktuelle kontekst. Vi valgte i denne sammenhæng at bruge betegnelsen ”arbejdet med borgeren”, som en rummelig beskrivelse vi mente kunne sammenfatte arbejdet for alle de relevante funktionsgrupper omkring hverdagsrehabilitering i hjemmehjælpen. Det var bevidst, at fokus ikke blev lagt snævert på arbejdet med hverdagsrehabilitering, da det kunne udelukke nogle medarbejdere, som ikke aktuelt var involveret i hverdagsrehabilitering eller ikke var klar over, om nogle af deres borgere var involveret i hverdagsrehabilitering. At den hverdagsrehabiliterende indsats blev kaldt noget forskelligt i kommunerne, var en anden begrundelse for at vælge en beskrivelse, som alle kunne genkende.
2. Spørgsmålene er rettet mod de *relevante funktions – eller arbejdsgrupper*, hvor imellem man ønsker at måle den relationelle koordinering. Hvert spørgsmål stilles i relation til alle de fag- eller funktionsgrupper (eller afdelinger eller organisationer), hvis indbyrdes samarbejde, man er interesseret i at undersøge. Hver gang man inddrager en gruppe mere, skal man således stille 7 spørgsmål mere. Vi valgte at stille spørgsmålene i relation til fem grupper med forskellige arbejdsmæssige funktioner: social- og sundhedsmedarbejdere, terapeuter, sygeplejersker, visitatorer og ledere af hjemmehjælpegrupperne. Vi skelner altså ikke mellem SSA (social- og sundhedsassistenter) og SSH (social- og sundhedshjælpere) og hjemmehjælpere. Vi skelner heller ikke mellem fysio- og ergoterapeuter. Vi er opmærksomme på, at der er forskelle i den faglige profil for disse grupper. De kvalitative undersøgelser i kommunerne tydede dog på, at der ikke i praksis blev skelnet mellem disse grupper i deres arbejde med hverdagsrehabilitering. Primært af praktiske årsager, for at minimere spørgeskemaets omfang og rapporteringen deraf, har vi heller ikke adskilt planlæggere fra de øvrige social- og sundhedsmedarbejdere, selvom de udfylder andre funktioner i relation til hverdagsrehabilitering.
3. Vi ønskede at tilpasse spørgsmålene, så de var letforståelige for målgruppen, og valgte derfor at ændre og tilpasse spørgsmålene, så de blev så mundrette og let tilgængelige som muligt, uden at fokus blev ændret. Projektets ekspertgruppe bidrog i denne proces. Professor Jakob Bjørner bidrog med forslag til spørgsmålsformulieringerne, som siden blev tilbageoversat til Engelsk og præsenteret for professor Jody Gittell på et ekspertgruppeseminar. Jody Gittell godkendte spørgsmålene som dækkende for Relationel Koordination og som en såkaldt ”kulturel” oversættelse.

4. De tilpassede spørgsmål om relationel koordinering blev sammen med de øvrige spørgsmål i spørgeskemaet valideret gennem en kvalitativ afprøvning blandt 6 social- og sundhedsmedarbejdere fra to kommuner. Samtidig blev tidsforbruget til udfyldningen målt. Spørgsmålene om Relationel koordinering blev afprøvet i to versioner. En version ("på langs") hvor de 7 spørgsmål stilles i relationen til hver faggruppe for sig, og en version ("på tværs"), hvor de bliver stillet i spørgsmålsbatterier, hvor hvert spørgsmål rettes til hver faggruppe samtidig. Afprøvningen pegede på, at den sidste version ("på tværs") var den, der fungerede bedst og var enklest for deltagerne at forstå og forholde sig til. Det er også den måde Gittell og RC-analytic har valgt at præsentere spørgsmålene på. Det samlede spørgeskema tog mellem 11 og 26 min for deltagerne at udfylde, hvilket vi vurderede lå inden for det acceptable.
5. Baseret på resultaterne fra pilotafprøvningen valgte vi at præsentere spørgsmålene om relationel koordinering "på tværs" i spørgsmålsbatterier. Desuden foretog vi enkelte andre tilpasninger og justeringer af det samlede skema (se bilag 3).

I tekstboksen herunder er angivet den version af de 7 spørgsmål, som blev anvendt i projektet.

*Delt viden:* Hvor meget ved kolleger i hver af disse grupper om dit [arbejde med borgerne]?

*Fælles mål:* Deler kolleger i hver af disse grupper dine mål i [arbejdet med borgerne]?

*Respekt:* Respekterer kolleger i hver af disse grupper din rolle i [arbejdet med borgerne]?

*Hyppighed:* Hvor ofte taler eller skriver dine kolleger med dig om dit [arbejde med borgerne]?

*Rettidighed:* Taler eller skriver dine kolleger med dig på de tidspunkter, hvor der er behov for det?

*Præcision:* Taler eller skriver dine kolleger med dig på en måde, der er præcis og til at forstå?

*Problemløsning:* Når der opstår problemer i arbejdet, samarbejder dine kolleger så med dig om at løse problemet eller skyder de skylden på andre?

*Svarkategorier varierer fra spørgsmål til spørgsmål (se bilag 3)*

Tekstboks 3.3.1. Spørgsmålsformuleringer til hver af de 7 dimensioner af relationel koordinering, som blev anvendt i projektet.

### 3.3.2 Dataindsamling

Deltagere til den kvantitative undersøgelse blev udvalgt på baggrund af erfaringerne fra den kvalitative undersøgelse. Det betød, at der blev taget hensyn til organiseringen af hverdagsrehabiliteringen i den pågældende kommune. I Kommune 5 blev udvalgt de distrikter, som havde været i gang med hverdagsrehabilitering siden 2010, og i Kommune 4 blev hele den udgående del af hjemmeplejen inkluderet. I Kommune 2 blev udvalgt hele det special-team, som var specielt uddannet til at varetage hverdagsrehabiliteringen samt en gruppe af øvrige social- og sundhedsmedarbejdere. I Kommunerne 1 og 3 var de startet udrulning af hverdagsrehabilitering i hele kommunen, og her blev udvalgt et udsnit på hver omkring 150 medarbejdere med tjeneste forskellige steder i kommunen. I alle kommuner blev samtlige

gruppe/teamledere, sygeplejersker, terapeuter og visitatorer i de involverede teams/ distrikter inddraget. I de mindre kommuner blev alle sygeplejersker og terapeuter tilknyttet hjemmeplejen inddraget.

For at sikre så høj en svarprocent som muligt, blev data indsamlet både elektronisk og gennem papirskemaer, så de medarbejdere og ledere, der normalt arbejder ved computere udfyldte elektronisk, mens de øvrige besvarede et papirskema. I fire af kommunerne besvarede social- og sundhedsmedarbejdere papirskemaer, uddelt og indsamlet på gruppe/team møder, hvor der var mulighed for at stille spørgsmål (dog besvarede den specialuddannede del af social- og sundhedsmedarbejderne i kommune 2 elektronisk). De resterende medarbejdergrupper i de fire kommuner udfyldte elektronisk. Den femte kommune valgte at lade alle medarbejdere, bortset fra visitatorer, besvare i papirformat på team-møder.

I alt svarede 653 medarbejdere ud af 829 mulige på spørgeskemaet, hvilket svarer til 80 % af de adspurgte. Svarene fordelte sig på 439 Social- og sundhedsmedarbejdere, 91 sygeplejersker, 31 terapeuter, 49 visitatorer og 43 ledere.

For de papirusendte spørgeskemaer lå svarprocenten på 86 og for de elektronisk udsendte på 67. Deltagere og svarprocenter for de enkelte kommuner og samlet fremgår af tabel 3.3.2.1. nedenfor.

Arbejdsfunktion	Kommune 1		Kommune 2		Kommune 3		Kommune 4		Kommune 5		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SOSU	66	75,9 %	57	68,7 %	51	76,1 %	121	93,1 %	144	92,3 %	439	83,9 %
Sygeplejerske	12	70,6 %	12	48,0 %	38	62,3 %	10	40,0 %	19	76,0 %	91	59,5 %
Terapeut	4	80,0 %	2	66,7 %	6	100,0 %	4	100,0 %	15	78,9 %	31	83,8 %
Visitator	14	82,4 %	7	77,8 %	13	92,9 %	10	90,9 %	5	100,0 %	49	87,5 %
Leder	10	71,4 %	7	77,8 %	11	84,6 %	7	100,0 %	8	100,0 %	43	84,3 %
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>75,7 %</b>	<b>85</b>	<b>65,9 %</b>	<b>119</b>	<b>73,9 %</b>	<b>152</b>	<b>85,9 %</b>	<b>191</b>	<b>89,7 %</b>	<b>653</b>	<b>79,6 %</b>

Tabel 3.3.2.1.

### 3.4 Formidling og dialog om resultater

Projektet har fokus på emner, som er yderst aktuelle og som der er stor bevågenhed overfor både fra praksis og fra forskning. Kommunerne har en stor interesse i udviklingen af praksis omkring hverdagsrehabilitering, og både i praksis- og i forskningsverdenen har der igennem længere tid været et betydeligt fokus på relationel koordinering. For at få så hurtig omsætning af resultater og erfaringer som muligt, var projektet fra starten planlagt og er også blevet gennemført med en tæt kobling mellem vidensproduktion og formidling.

### 3.4.1 Bred praksisrettet formidling

Til projektet har der i hele projektforløbet været knyttet en følgegruppe med repræsentanter for relevante arbejdsmarkedsorganisationer og formidlingsaktører (KL, FOA, Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter, Dansk Sygeplejeråd og Lederne, BAR-SoSu, Professionshøjskolen Metropol og Type2Dialog). Følgegruppen har haft en vigtig rolle i den brede formidling af projektets resultater og erfaringer og er blevet inddraget på en række strategiske tidspunkter i projektperioden, hvor den har bidraget aktivt til en kvalificering af projektets resultater. Der er blevet afholdt i alt 5 følgegruppemøder i projektperioden, og følgegruppen har derudover samlet været inviteret til at deltage i fællesseminar afholdt sammen med repræsentanter fra alle kommunerne.

BAR-SoSu har indgået som repræsentant for parterne på arbejdsmiljøområdet, og i samarbejde med og finansieret af BAR-SoSu har projektet bl.a. afholdt en konference med fokus på det tværfaglige samarbejde på Social- og Sundhedsområdet: BAR-SoSu har ligeledes stået for og finansieret produktionen af en animationsvideo om relationel koordinering (<http://www.etsundtarbejdsliv.dk/socialkapital/relationel-koordinering/>).

Type2Dialog har medvirket til kontakterne til de kommuner, der indgik i projektet, og i formidlingen rettet mod områdets praktikere, bl.a. gennem deres bidrag til afholdelse af konferencer om hverdagsrehabilitering i 2011 og 2012 (<http://www.type2dialog.dk/Default.aspx?ID=199>).

Projektet har endvidere løbende haft en omfattende formidling og dialog med de deltagende kommuner. Hver kommune har fået en mundtlig præsentation af resultater fra den kvalitative undersøgelse i den pågældende kommune og en skriftlig rapport på 35-50 sider om resultater fra både kvalitative og kvantitative data (se bilag 4. for et eksempel på indholdet i en sådan tilbagemeldingsrapport).

For en samlet oversigt over projektets formidlingsaktiviteter se bilag 5.

### 3.4.2 Videnskabelig formidling

Til projektet har der endvidere været knyttet en international ekspertgruppe bestående af professor Jody Hoffer Gittel, Brandeis University Boston; professor Tage Søndergaard Kristensen, TASK-consult og PhD-studerende Sanne Lykke Lundstrøm, DTU Management. Endvidere har professor Jakob Bue Bjørner, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, og seniorforsker Vilhelm Borg, det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø bidraget med faglige input undervejs i projektet.

Gruppen blev i starten af projektperioden samlet til et forskningsseminar, hvori der også deltog en række andre forskere med interesse for området. Seminaret omfattede både præsentationer og diskussioner relateret til projektet og præsentationer fra andre forskningsprojekter.

I resten af projektperioden er eksperterne blevet inddraget i på hver sin måde og i forskellige faglige sammenhænge. Projektgruppen har haft løbende kontakt med Jody Gittel og det internationale forskningsnetværk: Relational Coordination Research Collaboration, hvori projektlederen er medlem af Research Advisory Board. Resultater fra projektet er bl.a. blevet præsenteret ved en RoundTable conference i New Hampshire, og projektet har været repræsenteret ved et Research Seminar på Brandeis University.

Projektgruppen har arrangeret et dobbelt-symposium om relationel koordinering i forskning og praksis på ODAM-NES konferencen, som afholdes i København, august 2014, med bidrag fra 13 forskere og praktikere fra Danmark, Belgien, Frankrig og USA (heriblandt Jody Gittel).

Resultater fra projektet er blevet formidlet skriftligt igennem paper accepteret til præsentation på ODAM-NES konferencen (bilag 6), paper accepteret og præsenteret på EGOS konferencen 2013 (paper ikke offentliggjort) og artikel submitted til Tidsskrift for Arbejdsliv (Albertsen et al., 2014 (*unpublished*)).

### 3.4.3 Undervisning og uddannelse

Ud over praksisrettet og forskningsrettet formidling har vi i projektgruppen anset det for værdifuldt at få projektets resultater og erfaringer integreret i undervisning og uddannelse af kommende praktikere inden for arbejdsmiljø- og social- og sundhedsområdet. Dette er både lykkedes i relation til specialestuderende, igennem forelæsninger, holdundervisning, og on-line undervisningsmateriale.

Projektet har inspireret til og dannet udgangspunkt for et Ph.d. forløb ved CBS (Jensen, MF: <http://www.cbs.dk/forskning/institutter-centre/institut-organisation/medarbejdere/mcfjioa>) og to specialer fra studerende ved h.h.v. Københavns Universitet (Hjortebjerg, 2013) og Roskilde Universitetscenter, studerende Sanne Jensen, 2013 (Clausen og Jensen 2012). Det første speciale under vejledning af projektlederen.

Mundtligt er resultater fra projektet endvidere blevet præsenteret igennem forelæsninger for psykologistuderende ved Københavns Universitet og igennem Diplomuddannelsen på Metropol. Metropol har yderligere indgået aftale med projektgruppen om produktion af on-line undervisningsmateriale om hverdagsrehabilitering og relationel koordinering (under produktion).

I relation til KL's produktion af videobaseret undervisningsmateriale til brug i kommunerne, har projektet bidraget med tekster til præsentation af relationel koordinering, de 7 dimensioner og forståelse af kerneopgave.



## 4 RESULTATER

Den overordnede hensigt med projektet var dels at udvikle og afprøve en metode til måling af samarbejdsrelationerne (den relationelle koordinering) i hjemmeplejen og undersøge sammenhængen mellem dette mål for relationel koordinering og mål for social kapital, dels at undersøge sammenhængen mellem den relationelle koordinering og medarbejdernes trivsel og oplevelse af kvalitet i arbejdet, og dels at udvikle guidelines og idékatalog for, hvordan implementeringen af hverdagsrehabilitering kan ske under hensyntagen til koordineringsbehovet og medarbejdernes trivsel.

Erfaringerne med udvikling og afprøvning af et instrument til måling af relationel koordinering i hjemmeplejen beskrives dels i afsnit 3.3 og dels i afsnit 5.1 og 5.2. Kapitel 5.3. omhandler afrapporteringen af sammenhængen mellem relationel koordinering og social kapital.

Sammenhængene mellem på den ene side relationel koordinering og organisering og implementering af hverdagsrehabilitering og på den anden side medarbejdertrivsel og oplevelse af kvalitet i arbejdet udfoldes i afsnittene 4.1. og 4.2.

Udviklingen af guidelines og idekatalog har fået en anden form end det oprindeligt var hensigten. Det viste sig, at kommunernes tilgange til og organisering og implementering af hverdagsrehabilitering var så forskellige og afspejlede sig i så lidt entydige arbejdsmiljømæssige konsekvenser, at almene guidelines nødvendigvis ville blive så overordnede, at de ikke ville være interessante eller brugbare for kommunerne.<sup>4</sup>

Vi har derfor i stedet valgt at samle de af projektets resultater og erfaringer, som retter sig direkte mod kommunernes implementering og udrulning af hverdagsrehabilitering, i nogle kapitler i rapporten her. Vi har valgt at fokusere på tre temaer, som vi har fundet stor interesse for både i vores tilbagemeldinger til projektkommunerne, i diskussionerne i følgegruppen og i formidlingen af erfaringer og foreløbige resultater til andre interessenter på området. Det drejer sig om udfordringer med kommunikation og dokumentation, som behandles i afsnit 4.3, udnyttelse af de forskellige fagligheder, som beskrives i afsnit 4.4. og betydningen af og mulighederne for at sætte borgernes egne mål i centrum for indsatsen, som behandles i afsnit 4.5.

### 4.1 Relationel koordinering, medarbejdertrivsel og oplevet kvalitet

En af hovedantagelserne bag projektet var, at bedre relationel koordinering hænger sammen med bedre udnyttelse af medarbejdernes faglighed, bedre medarbejdertrivsel og bedre kvalitet i ydelsen.

Denne antagelse er blevet undersøgt gennem forskellige kvantitative analyser, bl.a. præsenteret i paper indsendt og accepteret til præsentation på ODAM-NES konferencen, August 2014 i København: Albertsen K., Wiegman IM, Limborg HJ, Thörnfeldt C & Bjørner J: "Quality of everyday rehabilitation in the home care – a question of relational coordination?" (se bilag 6)

---

<sup>4</sup> En erfaring som Socialstyrelsen parallelt med ReKoHveR-projektet har gjort i forhold til en bestræbelse på at udarbejde en håndbog ud fra en omfattende kortlægning af implementeringen af hverdagsrehabilitering i landets kommuner.

#### 4.1.1 Dansk resumé af paper

*Indledning:* Hjemmeplejen i Danmark er under pres på grund af demografiske ændringer. Således er der et behov for nye fremgangsmåder, der kan bidrage til at opretholde kvaliteten og øge effektiviteten af plejen uden at kompromittere arbejdsmiljøet. Hverdagsrehabilitering udgør en sådan ny tilgang i hjemmeplejen og breder sig hurtigt i de danske kommuner. Internationalt breder mange lignende indsatser sig med det til fælles, at de lægger større vægt på den rehabiliterende del af indsatsen (Levin et al. 2013). Tidligere erfaringer fra bl.a. Sverige (Månsson, 2009), Danmark (Kjellberg et al. 2011), USA (Baker et al. 2001, Tinitti et al. 2002) og Australien (Levin et al, 2013) har været lovende med hensyn til mulige positive gevinster både for borgerne og for de ansatte og med mindre forbrug af økonomiske ressourcer. En registerundersøgelse fra Australien fandt reduceret brug af hjemmepleje blandt borgere, der havde fået en genoprettende hjemmeplejeindsats i en periode på op til 57 måneder (Levin et al. 2013). Sammenfattende ser der ud til at være nogen evidens for langtidsholdbar omkostningseffektivitet af en genoprettende hjemmepleje / hverdagsrehabilitering. Den nuværende viden om konsekvenserne for de ansatte og for kvaliteten af plejen af forskellige måder at implementere og organisere en hverdagsrehabiliterende indsats på, er dog stadig meget begrænset. I Danmark har Socialstyrelsen fra 2012-2014 gennemført et stort projekt for at kvalificere, dokumentere og sprede udbredelsen af hverdagsrehabilitering i den danske hjemmepleje (Kjellberg et al. 2013). Projektet konkluderer, at nogle af de vigtigste udfordringer med hensyn til gennemførelsen og tilrettelæggelsen af hverdagsrehabilitering er: 1) behov for opkvalificering af personalet, og 2) behov for at etablere de rigtige organisatoriske rammer omkring det tværfaglige arbejde (Kjellberg et al. 2013).

*Formålet* med undersøgelsen var at studere sammenhængen mellem social- og sundhedsmedarbejdernes<sup>5</sup> tilfredshed med jobbet og kvaliteten af plejen på den ene side og på den anden side hhv. 1) de 7 dimensioner i relationel koordinering og 2) relationerne til hver af de øvrige funktionsgrupper i hjemmeplejen. Antagelsen var, at jo bedre social-og sundhedsmedarbejdere opfattede den relationelle koordinering jo bedre opfattelse af jobbet og af kvaliteten af den hverdagsrehabiliterende indsats. Resultaterne bliver diskuteret og perspektiveret i relation til kvalitative data.

*Metode:* De statistiske analyser blev gennemført på aggregerede data på teamniveau (gennemsnit af besvarelser i hvert team). Data omfattede svar fra 310 social- og sundhedsmedarbejdere<sup>6</sup> fordelt på 22 teams i 5 kommuner. *Tilfredshed med arbejdet* blev undersøgt gennem mål for: 1) Involvering på arbejdspladsen og 2) Job-tilfredshed. *Kompetencer i arbejdet* blev undersøgt gennem mål for: 1) Oplevede kompetencer til at udføre hverdagsrehabilitering og 2) oplevet brug af faglighed i forbindelse med udførelse af hverdagsrehabilitering. *Kvaliteten af arbejdet* blev undersøgt gennem mål for: 1) Oplevelsen af at hverdagsrehabilitering har medført en bedre kvalitet i arbejdet, 2) Oplevelsen af i hvilken grad borgerens mål er i centrum for den hverdagsrehabiliterende indsats og 3) borgerens holdning til den hverdagsrehabiliterende indsats.

---

<sup>5</sup> Vi valgte i denne undersøgelse alene at fokusere på social- og sundhedsmedarbejdere. Dels fordi en stor del af dem var placeret i hjemmeplejeteams, og dels fordi de udgjorde en enkelt funktionsgruppe. Det var ikke på samme måde muligt at placere de øvrige funktionsgrupper éntydigt i teams, og desuden var de for få til at det ville være meningsfuldt.

<sup>6</sup> Kun social- og sundhedsmedarbejdere, som det var muligt at placere i et team/en hjemmeplejegruppe er medtaget (dvs. at en del af medarbejderne fra den specialuddannede enhed i kommune 2, ikke kunne inkluderes), og kun grupper med en svarprocent på over 50, er taget med (to hjemmeplejegrupper blev taget ud, fordi deres svarprocenter lå under de 50). Teamenes størrelse varierer fra 12-35 medarbejdere.



### **Resultater- Sammenhængen mellem dimensionerne i Relationel koordinering og de syv outcome-mål**

De kvantitative resultater viste, at relationel koordinering var moderat til højt associeret med alle syv mål. De højeste associationer var mellem relationel koordinering (alle dimensioner) og målene for tilfredshed med arbejdet. Efter korrektion for multiple testning var associationerne ikke statistisk signifikante. Da der indgår få teams i undersøgelsen (22), forekommer det dog relevant at referere resultater, der ikke har opnået statistisk signifikans.

De dimensioner af relationel koordinering, der handler om kvaliteten af relationerne (fælles mål, delt viden, gensidig respekt) var sammen med problemløsende kommunikation tættere associeret med outcome end de dimensioner, der handler om karakteren af kommunikationen. Den dimension, der handler om hyppighed i kommunikationen var kun svagt associeret med outcome.

De kvalitative data bekræfter en sammenhæng mellem social- og sundhedsmedarbejdernes job-tilfredshed, vurdering af hverdagsrehabilitering og kvaliteten af samarbejdsrelationerne, og peger endvidere på, at det at arbejde hverdagsrehabiliterende netop bidrager til fælles mål og retning og fælles sprog. Endvidere peger de på, at tilfredsheden med hverdagsrehabilitering for social- og sundhedsmedarbejderne er tæt knyttet til oplevelsen af udbyttet og kvaliteten for borgeren, og at det er meget afgørende for dem, at deres faglige vurderinger bliver respekteret af de andre funktionsgrupper: *“Min professionelle stolthed og mine observationer fortæller mig, at fordi jeg kommer om morgenen og laver morgenmad, så har hun energi til at komme ud at gå senere den dag, og jeg ved at hvis vi tager det væk fra hende, så er hun tabt. Jeg bliver helt rørt – sådan er jeg... og så kan vi samle hende op bagefter”*.

### **Resultater: Sammenhængen mellem relationel koordinering med de enkelte funktionsgrupper og de syv outcome-mål**

Resultaterne viste at de højeste korrelationer mellem social- og sundhedsmedarbejdernes oplevelse af relationen til gruppelederne og outcome-målene blev fundet for de to mål for tilfredshed med arbejdet. Resultaterne viste en signifikant sammenhæng mellem social- og sundhedsmedarbejdernes oplevelse af relationen til gruppelederne og deres involvering på arbejdspladsen.

Endvidere pegede de på, at social- og sundhedsmedarbejdernes vurdering af samarbejdet ift. deres egen gruppe og ift. gruppelederen var mest konsistent associeret med de syv outcome-mål. Vurderingen af samarbejdsrelationen til visitatorerne var generelt lavere associeret med outcome. Samarbejdsrelationen med sygeplejerskerne var især associeret med målene for job-tilfredshed, mens relationen til terapeuterne især var associeret med oplevelsen af brug af faglighed og kvalitet i arbejdet ved hverdagsrehabilitering.

Set i lyset af de kvalitative resultater er det ikke overraskende, at relationen til de øvrige social- og sundhedsmedarbejdere og til hjemmeplejelederne er de mest afgørende. Gruppelederne spiller en vigtig rolle i implementeringen af hverdagsrehabilitering og i forhold til at organisere rammerne omkring samarbejdet, og social- og sundhedsmedarbejderne udgør langt den største funktionsgruppe i ældreplejen, og en stor del af kommunikationen og samarbejdet foregår internt i denne gruppe. Sygeplejerskerne har traditionelt haft – og har stadig – en meget central og vigtig funktion i hjemmeplejen, men de har generelt haft vanskeligt ved at finde deres rolle i hverdagsrehabilitering (se afsnit 4.4.3). Det er måske dette, der viser sig ved at social- og sundhedsmedarbejdernes oplevelse af den relationelle koordinering med sygeplejerskerne på team-niveau er højt korreleret med målene for tilfredshed med arbejdet men lavt med målene for kvaliteten af den hverdagsrehabiliterende indsats. På den anden

side har terapeuterne en meget vigtig position ift. implementeringen af hverdagsrehabilitering, hvilket afspejles i de høje associationer mellem RK i forhold til terapeuterne og oplevelsen af brug af faglighed og kvaliteten af arbejdet med hverdagsrehabilitering. En social- og sundhedsmedarbejder forklarer de forskellige relationer til grupperne: "Vi kender sygeplejerskerne, men vi kendte ikke ergoterapeuterne før. Hvad kan de? Det er vi begyndt at forstå. Og visitationen var vi bare sure på før. Nu ved vi, hvad de laver, og har et bedre samarbejde". Så selvom den relationelle koordinering ift. visitatorerne ikke er associeret med outcome i de kvantitative analyser, kan dette gradvist ændre sig.

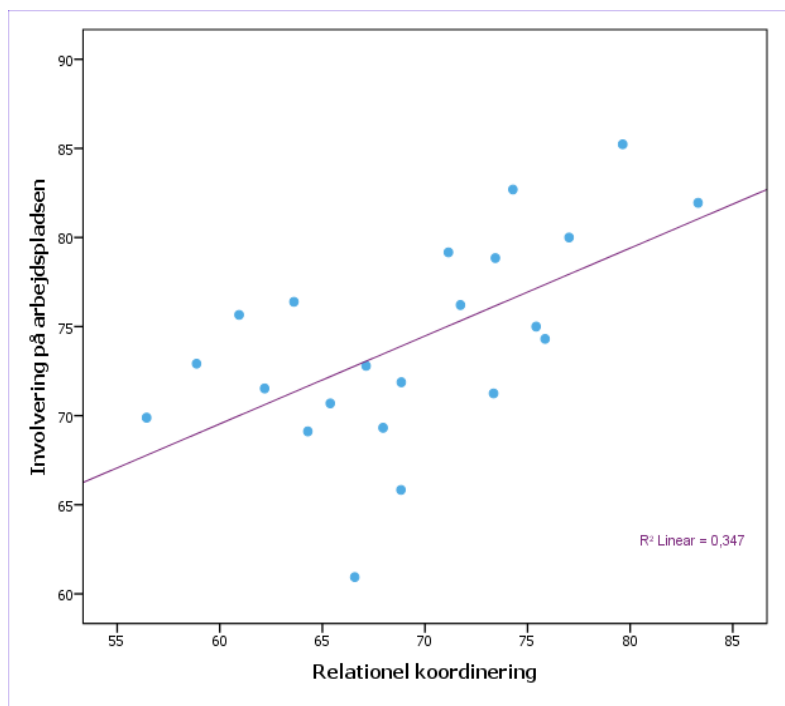
#### **Konklusion:**

Resultaterne peger på, at hvis hverdagsrehabilitering skal lykkes, og engagement og jobtilfredshed fra social- og sundhedsmedarbejderne skal holdes højt, er det afgørende, at medarbejderne oplever en høj relationel koordinering, især karakteriseret ved fælles mål og viden, gensidig respekt og problemløsende kommunikation. Den relationelle koordinering ift. de øvrige social- og sundhedsmedarbejdere og gruppeledere ser ud til at være vigtigst, men forholdet til sygeplejerskerne synes at være yderst vigtigt for oplevelsen af tilfredshed med arbejdet og forholdet til terapeuterne for oplevelsen af brug af faglighed og kvaliteten af plejen.

#### 4.1.2 Illustration af sammenhængene

Man kan illustrere sammenhængene mellem relationel koordinering og de forskellige outcome-mål i et plotdiagram. Nedenfor vises et eksempel.

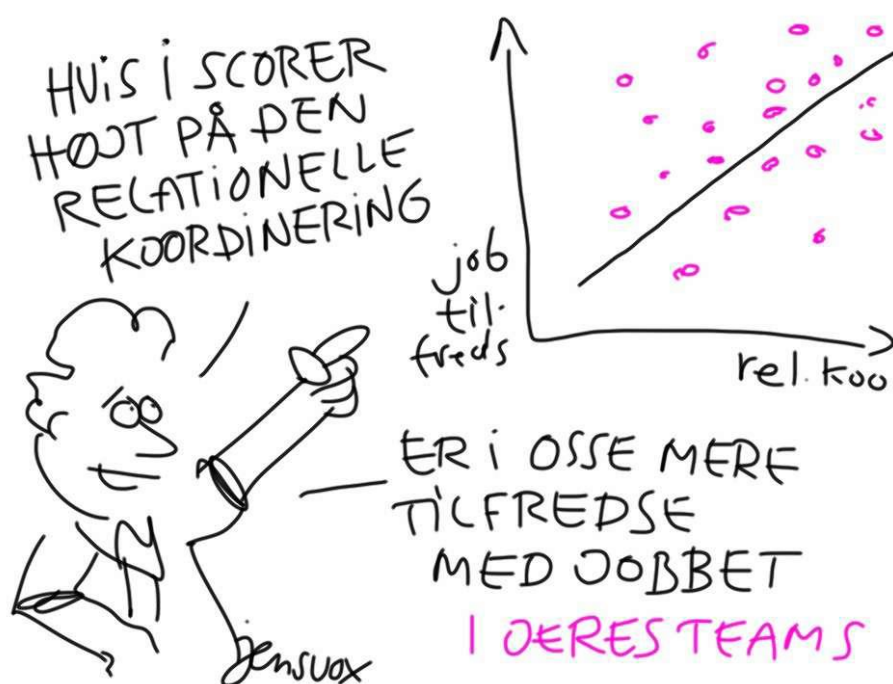
Figur 4.1.2.1 illustrerer sammenhængen mellem den gennemsnitlige score på involvering på arbejdspladsen blandt social- og sundhedsmedarbejdere i de enkelte hjemmeplejegrupper og den gennemsnitlige score på relationel koordinering. Både relationel koordinering og jobtilfredshed er målt med skalaer, som går fra 0 til 100. relationel koordinering ud af X-aksen og jobtilfredshed op ad Y-aksen.



Figur 4.1.2.1

Hver prik i diagrammet svarer til én hjemmeplejegruppe. Først og fremmest fremgår det af figuren, at der er en ret stor spredning på rapporteringen af relationel koordinering imellem grupperne. De grupper der ligger lavest scorer i gennemsnit omkring 56, og de grupper, der scorer højest, scorer i gennemsnit omkring 84. Der er også en stor spredning på oplevelsen af involvering på arbejdspladsen. Dette er i overensstemmelse med resultater fundet i forhold til social kapital, som peger på store forskelle fra skole til skole inden for samme kommune (Kristensen et al., 2013).

Det fremgår også, at der er en tydelig sammenhæng mellem den gennemsnitlige score på relationel koordinering i hver af grupperne og den gennemsnitlige score på jobtilfredshed. En R i anden på 0,35 svarer til, at lidt over en tredjedel af variationen i jobtilfredshed kan forklares af den relationelle koordinering i hjemmeplejegrupperne.



## 4.2 Organisering, Implementering og Relationel koordinering

### 4.2.1 Styrkelse af Relationel koordinering – i teorien

I teorien kan Relationel Koordinering styrkes gennem en række forskellige effektivitetsfremmende organisationsstrategier eller arbejdsprocesser (Gittell, 2009, 2012).

Vi har beskrevet og illustreret disse i relation til sundhedsvæsenet i et kapitel i en antologi:

Albertsen K, Jeppesen D, Hvenegaard H. Samarbejde om kerneopgaven. I Sund Ledelse – 19 bud på god sygehusledelse. 41 Teoretikere og praktikere drøfter ledelsesudfordringer i sygehusvæsenet. Udgivet af Danske Regioner og Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet. 2012.

Kapitlet har fokus samarbejdet om kerneopgaven på et sygehus, hvilket naturligvis adskiller sig væsentligt fra forholdene i hjemmeplejen. De væsentligste indsatsområder til forbedring af den relationelle koordinering er dog - i teorien - grundlæggende ens. Nedenfor er citeret fra kapitlet:

#### *”Udfordringer til ledelsen*

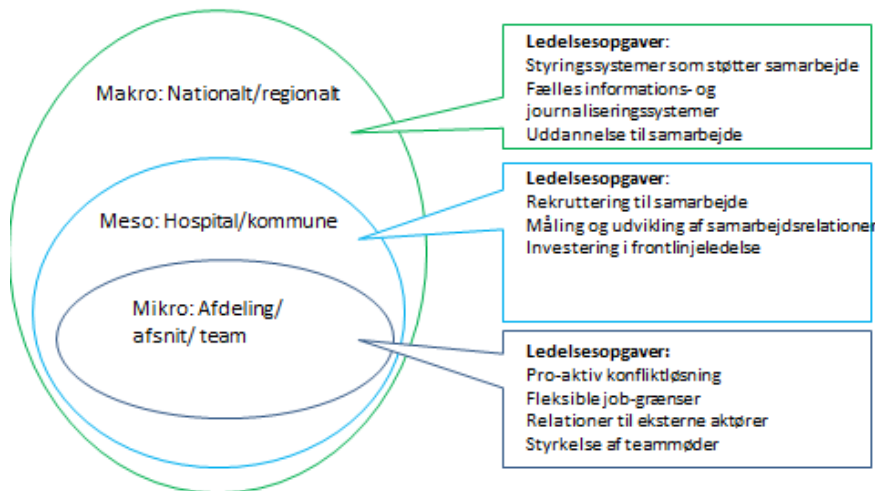
Det er en ledelsesopgave at sætte et bedre samarbejde om kerneopgaven på dagsordenen. Det kræver vilje og indsats, og skal man sætte de positive udviklingsspiraler mellem koordinering og kommunikation i gang, sker det ikke uden et langt og sejt træk.

På Glostrup Hospital har ledelsens tydelige engagement, både på det strategiske og det operationelle niveau, betydet, at projekterne er lykkedes, og at samarbejdsrelationer, videndeling og patientinddragelse er blevet en naturlig og mere systematisk del af hverdagen. Ledelsen har bakket op, hele vejen op igennem systemet – og her er ingen hurtige og nemme løsninger, men til gengæld mange muligheder for at sætte ind med bevidste og målrettede indsatser på forskellige niveauer. Gevinsterne, når det lykkes, er bedre kvalitet i ydelserne for patienterne, større effektivitet og bedre trivsel for medarbejderne.

Men selv om ledelsen spiller en afgørende rolle for at skabe vilkår og rammer, som understøtter samarbejdet, kan lederne ikke skabe ændringerne alene. Det er medarbejdere og ledere i fællesskab, der i den daglige praksis og omgang med hinanden og med patienter og pårørende skaber de relationer, som fremmer koordinering og kommunikation.

Der findes mange strategier som ledere på forskellige niveauer i sundhedssystemet kan benytte til at styrke vilkårene for samarbejdet om kerneopgaven.

## Styrkelse af samarbejdet om kerneopgaven



Figur 4.2.1.1 Mulige indsatser på makro-, meso- og mikro niveau.

Figur 4.2.1.1 skitserer mulige indsatser på makro-, meso- og mikro-niveau. En koordineret og samtidig indsats på flere niveauer vil skabe det bedste udgangspunkt for forandring. Flere af de skitserede indsatsområder er ikke forbeholdt det niveau, hvor vi har valgt at præsentere dem. Som eksempel kan foreslås, at både uddannelse, måling og belønning af samarbejde tænkes ind på forskellige niveauer. Anbefalingerne har hentet inspiration fra Jody Gittells beskrivelse af organisations-strategier til styrkelse af den relationelle koordinering (Gittell, 2009).” *Citat fra kapitel slut.*

For en uddybning se (Albertsen et al., 2012, Gittell 2009, 2012 eller Moltke og Graff 2014).

Resultaterne fra et dansk interventionsprojekt på to store hospitaler rejser dog tvivl om, i hvilken grad det er muligt at skabe målbare ændringer i den relationelle koordinering gennem interventioner. Forskerne konkluderer, at interventionerne er gennemført med en høj succesrate ift at skabe oplevede forandringer af samarbejde og arbejdsprocesser, men at de ikke har forårsaget statistisk signifikante ændringer i den relationelle koordinering (Edward, 2014). En mulig grund til den manglende sammenhæng i den pågældende undersøgelse kunne være, at de arbejdsopgaver, som der blev fokuseret på i målingerne af relationel koordinering var meget specifikke og afgrænsede, og ikke så tæt på kerneopgaven for de pågældende medarbejdere, som det var tilfældet i vores undersøgelse fra hjemmeplejen. Forfatteren fremhæver selv, at nogle af deres resultater indikerer, at målingen af relationel koordinering er meget sensitiv over for den genstand eller proces, der måles. Når der måles på en meget specifik arbejdsopgave er det samarbejdet omkring netop denne opgave, der bliver vurderet.

### 4.2.2 Organisering og relationel koordinering i praksis

Baseret på de teoretiske antagelser, ville det være nærliggende at forestille sig, at kommunernes organisering af hjemmeplejen ville have en betydning for den relationelle koordinering. Det er dog ikke muligt at lave en undersøgelse af dette baseret på de kvantitative data, da der kun er 5 kommuner med i projektet, hvilket ikke giver tilstrækkelig styrke til at sammenligne kommunerne. Men det er muligt at undersøge emnet ud fra en mere case-baseret tilgang.

De fem kommuner, som deltog i projektet, havde ganske forskellige organiseringer af hjemmeplejen og af implementeringen af den hverdagsrehabiliterende indsats. Sammenholdt med de organisationstyper, som præsenteres i Socialstyrelsens rapport (Kjellberg et al. 2013), er der dog tre af kommunerne (1, 3 og 4) som vi vurderer primært karakteriseres af den første af de 4 modeller: Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger, én kommune (5) kan primært karakteriseres som organisationstype 2: Hjemmepleje med ekstra ressourcer, og én kommune (2) falder under organisationstype 3: Specialiseret enhed. Denne fordeling svarer nogenlunde til fordelingen på landsplan, hvor 60 kommuner følge rapporten falder ind under type 1, 14 kommuner under type 2, 13 kommuner under type 3 og 7 kommuner under en type 4: Terapeutmodellen, som vi ikke så repræsenteret i vores projekt.

Fælles for alle de kommuner der deltog i projektet var, at de havde ansat en projektleder eller tovholder til at tage sig af den hverdagsrehabiliterende indsats, og at vedkommende i alle kommuner var meget engageret i arbejdet. Nedenfor skitseres nogle af hovedtrækkene i hver af kommunerne.

#### *Kommune 1:*

Den hverdagsrehabiliterede indsats foregår i denne kommune på tværs af to forvaltninger; seniorforvaltningen og social- og sundhedsforvaltningen, og udføres både af kommunen og af en privat leverandør. Hverdagsrehabilitering visiteres i denne kommune efter §83 (praktisk og personlig hjælp). Ved at benytte §83 muliggøres, at borgeren kan bevare frit valg af leverandør. Det betyder samtidigt, at træning bliver ydet i henhold til ydelserne i serviceloven og at både ny- og re-visiterede borgere er omfattet af indsatsen.

Projektet omkring hverdagsrehabilitering startede op i april 2011, og alle hjemmepleje- og sygepleje-områder er omfattet. Områderne er dog startet forskudt op på projektet. To områder startede op i april, to områder i juni, to områder i september og det sidste område kom med i november 2011. De private leverandører fik tilbudt undervisning i maj og juni men startede først op i september.

Tidligere har både visitatorer og terapeuter (og også delvist sygeplejerskerne) arbejdet i monofaglige 'søjler'. Nu er der sket en organisatorisk ændring, som understøtter det tværfaglige samarbejde. Dog er dag, aften og nat hold stadig opdelt i søjler.

Enheden for Træning og rehabilitering var tidligere opdelt i et rehabiliteringsteam, et ambulans team og et henvisende team. Siden juni 2012 er de terapeuter, der arbejder med hverdagsrehabilitering organiseret i et særskilt team.

Visitatorerne er for nyligt blevet opdelt, så de er knyttet til områder fremfor til borgernes cpr-numre.

#### *Kommune 2:*

I denne kommune har man valgt at satse på udviklingen af en specialiseret enhed bestående af 3 specialuddannede terapeuter og (2 x 25) specialuddannede social- og sundhedsmedarbejdere, som er fordelt decentralt i plejeområderne i kommunen. De specialuddannede medarbejdere arbejder således side om side med ikke specialuddannede medarbejdere. I tilfælde af, at der ikke er nok borgere med rehabiliteringspotentiale indgår de specialuddannede medarbejderne i de 'normale' plejeforløb.

Hverdagsrehabiliteringsforløb bevilges i denne kommune efter serviceloven § 86.

Ny-visiterede borgere med et rehabiliteringspotentiale starter som regel op med at få bevilget et rehabiliteringsforløb. Borgere, der allerede modtager hjemmehjælp enten af en privat

eller den kommunale leverandør, kan blive indstillet (både af specialuddannede terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere) til en re-visitering med henblik på at få bevilliget et rehabiliteringsforløb.

Sygeplejerskerne var ikke fra starten tænkt ind i rehabiliteringsindsatsen, men forventedes efter en opkvalificering at støtte op om denne.

#### *Kommune 3:*

I denne kommune blev hverdagsrehabilitering indført på baggrund af en klar politisk beslutning med sigte på at bedre den anstrengte økonomi i kommunen. Inspireret af erfaringerne fra Fredericia besluttede man i marts 2011 at implementere hverdagsrehabilitering i hele kommunen samtidig, for hurtigst muligt at kunne hente størst mulig gevinst. Samtidig sænkede man serviceniveauet på rengøring fra hver 14. dag til hver 3. uge.

Lederne og medarbejderne i kommunen har ikke været involveret i udviklingen af den model for hverdagsrehabilitering, som kommunen har valgt, men alene i implementeringsplanen. Denne kommune er altså ikke startet med et mindre område for derefter at udvide til hele kommunen, men har igangsat en forandringsproces i hele kommunen samtidig. Hverdagsrehabiliteringsforløb bevilges efter serviceloven § 86.

Der er blevet ansat 6 nye rehabiliteringsterapeuter, som er organisatorisk forankret i genoptræningscentret, hvor de fysisk tilbringer ca. en dag om ugen. De øvrige dage er de ude i de enkelte hjemmeplejegrupper. Rehabiliteringsterapeuterne er hver for sig tilknyttet 2-3 hjemmeplejegrupper, som er opdelt i forhold til geografi.

Som en del af projektet blev der i august 2011 tillige ansat en frivilligheds-koordinator, som fungerer som tovholder for den frivillige indsats; fx borgere der går tur med andre borgere, evt. mødes med flere og går i en flok. Når borgerne bliver mere selvhjulpne, og hjælpen skåret ned, kan der opstå et ensomhedsproblem, som man på denne måde søger at tage hånd om, uden at det bliver for dyrt for kommunen. Der blev ligeledes ansat fem forebyggende sundhedskonsulenter, som har fokus på, at borgerne forbliver selvhjulpne så længe som muligt.

#### *Kommune 4:*

Denne kommune besluttede i 2011, at hjemmeplejen fremover skulle møde borgerne med en rehabiliterende tilgang. Målet var både økonomisk og rettet mod øget borgertilfredshed. Hverdagsrehabilitering blev implementeret i perioden fra juni 2011 til eftersommeren 2012 som et pilotprojekt, hvor et team bestående af 3 social- og sundhedsmedarbejdere fra hver gruppe, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker og visitatorer deltog. Siden marts 2012 er indsatsen blevet udrullet i hele hjemmeplejen.

Ydelsen leveres af den kommunale hjemmepleje og træningsenheden. Borgeren får mange ydelser i starten af rehabiliteringsprocessen, og i takt med at borgeren kan klare flere opgaver selv, nedjusteres ydelserne med henblik på, at borgeren til slut bliver helt eller delvist selvhjulpne.

Ved afslutningen af pilotprojektet blev de deltagende ergoterapeuter fysisk flyttet ud i hjemmeplejegrupperne, fik en arbejdsplads i gruppernes mødelokaler, og tager herfra med social- og sundhedsmedarbejdere på besøg i borgernes eget hjem og sparrer om forløbene og dokumentation.

Borgeren visiteres til et hverdagsrehabiliteringsforløb efter en særligt udviklet ”kvalitetsstandard for hverdagsrehabilitering”, refererende til servicelovens § 86: Genoptræning og

vedligeholdelsestræning. Borgerne kan visiteres til forskellige rehabiliteringspakker (Rehab 1, 2 og 3), som er opdelt inden for tre kategorier; praktiske opgaver, personlig pleje og rengøring. Uanset hvilken rehabiliteringspakke borgeren visiteres til, indeholder hverdagsrehabilitering fysisk, psykisk og social støtte.

I pilotfasen blev udvalgt en begrænset målgruppe af borgere som kunne visiteres til projektet. Den omfattede alene borgere der for første gang henvendte sig til visitationen, og som på baggrund af en konkret, individuel vurdering blev fundet berettigede til hjemmeplejeydelser, og samtidigt blev vurderet at have potentiale til at genvinde relevante dagligdags færdigheder.

#### *Kommune 5*

I denne kommune omfatter forvaltningen både Omsorg (ældreplejen), Rehabilitering (med hjælpemiddeldepot, genoptræning og hjælpemiddelcentral) og Myndighed (visitationsenheden). Det vil sige, at alle enheder af væsentlig betydning for hverdagsrehabiliteringen er samlet under samme forvaltningsdirektør.

Teamene er tværfaglige og består af både social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker og terapeuter. Fysisk er distrikterne centreret omkring et antal plejecentre, hvor de tilknyttede udegrupper har hver deres teamlokale, og hvor terapeuter og sygeplejersker har kontorer.

Denne struktur har eksisteret i kommunen i mange år (siden 2007 for hele kommunen og siden 2000 for dele af den). Teamene dækker både dag og aften, mens nattevagterne dækkes af social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker under en anden ledelse.

Siden 2010 har kommunen arbejdet med en hverdagsrehabiliterende indsats. Fra februar 2011 blev der afprøvet forskellige former for hverdagsrehabilitering i 4 distrikter i kommunen. Projektet var støttet af Socialstyrelsen og blev gennemført fra februar 2011 til marts 2012. Siden 2012 er en samlet model blevet udrullet i hele kommunen.

En borger, der vurderes at have et rehabiliteringspotentiale, visiteres af visitator til en ”udviklende indsats” (udrede og udvikle færdigheder til at mestre hverdagens aktiviteter). Indsatsen bevilges i moduler af max. 2 uger i form af én ud af tre pakker. Indsatsen bevilges efter Servicelovens § 86. Vurderes borgeren ikke at have et rehabiliteringspotentiale kan i stedet visiteres til en ”kompenserende indsats” efter Service-lovens § 83.

#### *Sammenligning på tværs af kommuner*

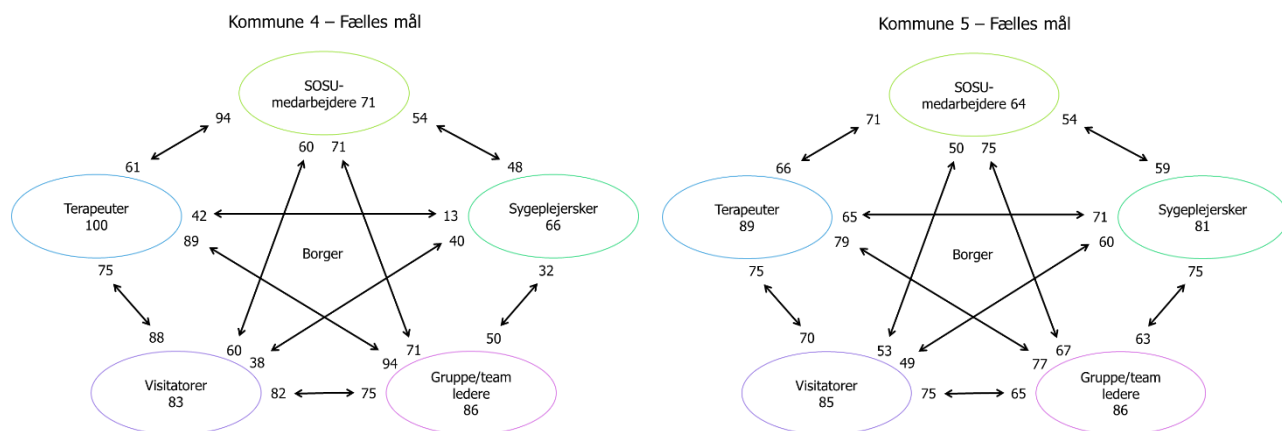
Vi ser altså i materialet to kommuner, som har valgt en gradvis implementering af Hverdagsrehabilitering (4 og 5), to kommuner, som har valgt en samtidig udrulning i hele kommunen (1 og 3), og én kommune med specialuddannet team, som betjener hele kommunen (2).

Kommunerne er startet på forskellige tidspunkter, de har forskellige geografiske, økonomiske og personalemæssige forudsætninger, og vi har i undersøgelsen inkluderet forskellige udsnit af medarbejdere. Dette tilsammen gør, at det ikke er meningsfuldt at sammenligne resultaterne fra den kvantitative undersøgelse på tværs af kommunerne.

Baseret på en samlet vurdering af vores kendskab til kommunerne, er der ingen af kommunerne, der på alle områder træder frem som særligt succesfulde sammenlignet med de øvrige. Den gennemsnitlige score for kommunernes samlede score på relationel koordinering ligger til trods for forskellene mellem kommunerne ret tæt (68,9-73,6).



Mønstrene for den relationelle koordinering mellem funktionsgrupperne adskiller sig dog betydeligt fra kommune til kommune. Nedenfor er vist et eksempel på scoringen af fælles mål i kommunerne 4 og 5 (se afsnit 5.1. for en forklaring af stjernerdiagrammerne).



Figur 4.2.2.1.

Det fremgår af scoringerne i stjernerdiagrammerne, at fælles mål mellem sygeplejersker og terapeuter i kommune 4 scores meget lav (på skalaen fra 1-100 scorer terapeuterne fælles mål med sygeplejerskerne til 13 point, mens sygeplejerskerne omvendt scorer fælles mål med terapeuterne til 42). I kommune 5 ligger de to tilsvarende scorere på hhv. 71 og 65 point, altså langt højere end i den første kommune. Generelt er sygeplejerskerne langt højere scorer i denne kommune.

Fra de kvalitative undersøgelser ved vi, at arbejdet i kommune 4, i lighed med de fleste andre kommuner, er organiseret i de traditionelle monofaglige søjler, hvor hver funktionsgruppe organisatorisk er placeret under sin egen ledelse. I kommune 5 har man en tværfaglig organisering, hvor de enkelte funktioner (sygeplejersker, terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere) er placeret direkte organisatorisk såvel som fysisk i de enkelte hjemmeplejegrupper under en fælles leder.

Med kun fem kommuner i undersøgelsen kan man naturligvis ikke vide, om de forskellige mønstre i den relationelle koordinering i kommunerne faktisk skyldes den måde arbejdet er organiseret på, eller om der er andre forklaringer. Baseret på de kvalitative studier, finder vi det dog sandsynligt, at organiseringen af hjemmeplejen spiller en væsentlig rolle for mulighederne for samarbejde mellem de forskellige faggrupper. En udtalelse fra en af terapeuterne i kommune 5 om den tværfaglige organisering, understøtter tolkningen: "Det er en stor fordel, fordi man hører så meget – uformelle snakke med folk, og så kan man bare spørge lidt mere ind til det. Vi finder ud af ting, som vi ikke ville få fat i, hvis vi sad andre steder".

### 4.2.3 Motivation for implementering af hverdagsrehabilitering

I kommunerne har der været forskellige begrundelser bag ønsket om at implementere hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen. Økonomiske incitament er i alle kommuner spillet en rolle, men det er meget forskelligt, hvor fremtrædende denne begrundelse har været. Hvor de i én af kommunerne er startet med at modregne den forventede besparelse allerede samme år som hverdagsrehabilitering blev implementeret, har de økonomiske incitament i andre kommuner spillet en langt mindre fremtrædende rolle. Bedre kvalitet for borgerne har også været et væsentligt argument i alle kommunerne.

Vi har i den kvantitative undersøgelse spurgt deltagerne i hvilken grad forskellige begrundelser har haft betydning for kommunens implementering af hverdagsrehabilitering, og undersøgt sammenhængen mellem svarene på disse spørgsmål og forskellige mål for oplevelsen af job-tilfredshed og kvalitet i arbejdet.

*Kommunens Incitament:* "I hvilken grad tror du, at de følgende grunde har betydning for, at man har indført hverdagsrehabilitering i kommunen?" 1. "Ønske om at øge borgernes livskvalitet", og 2. "Ønske om at spare penge" Svarkategorier: I meget høj grad/ I høj grad/ Delvist/ I ringe grad/ I meget ringe grad.

*Kvalitet i arbejdet:* "Betyder hverdagsrehabilitering, at du kan udføre dit arbejde i en bedre kvalitet end tidligere?" Svarkategorier: I meget høj grad/ I høj grad/ Delvist/ I ringe grad/ I meget ringe grad.

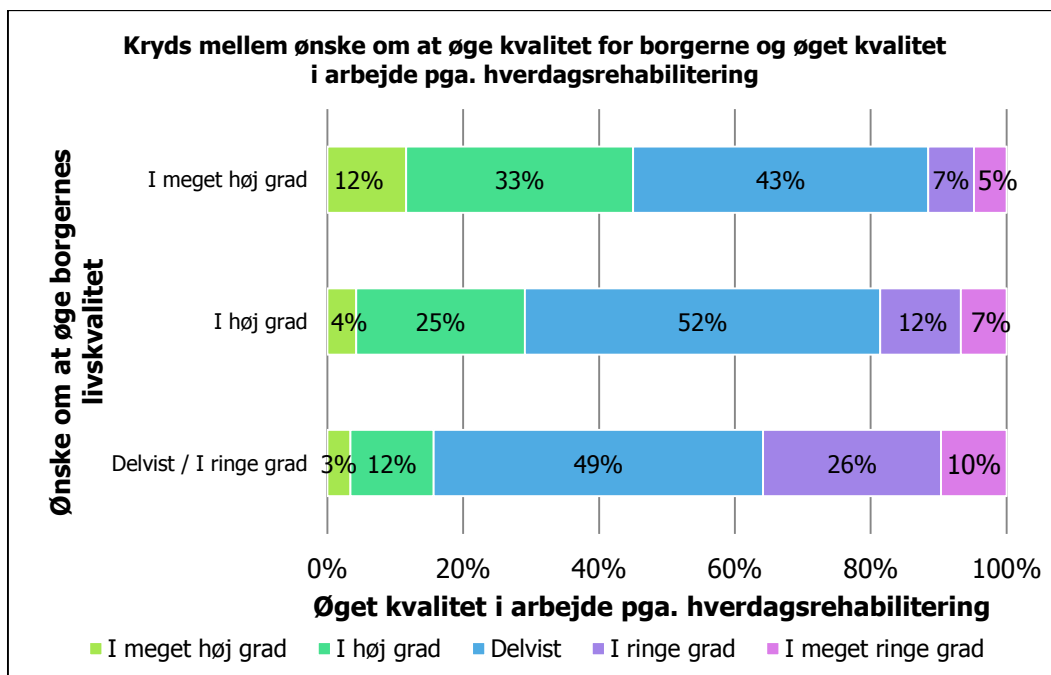
*Oplevelse af borgernes indstilling til hverdagsrehabilitering:* "Er du blevet mødt med fjendtlighed fra borgere i forbindelse med hverdagsrehabilitering? (tæller også, hvis det er fra samme borger over længere tid)" Svarkategorier: Dagligt/ Ugentlig/ Månedligt/ Af og til/ Næsten aldrig/aldrig

*Jobtilfredshed:* "Angående dit job i almindelighed: Hvor tilfreds er du med dit job som helhed, alt taget i betragtning?" Svarkategorier: Meget tilfreds/ Tilfreds/ Utilfreds/ Meget utilfreds

*Intentioner om at blive på arbejdspladsen:* "Regner du med at være på din nuværende arbejdsplads om 5 år?" Svarkategorier: Ja, helt sikkert/ Ja, temmelig sikkert/ Muligvis/ Nej sikkert ikke/ Nej, helt sikkert ikke

### **Resultater - Øget livskvalitet som begrundelse fra kommunen**

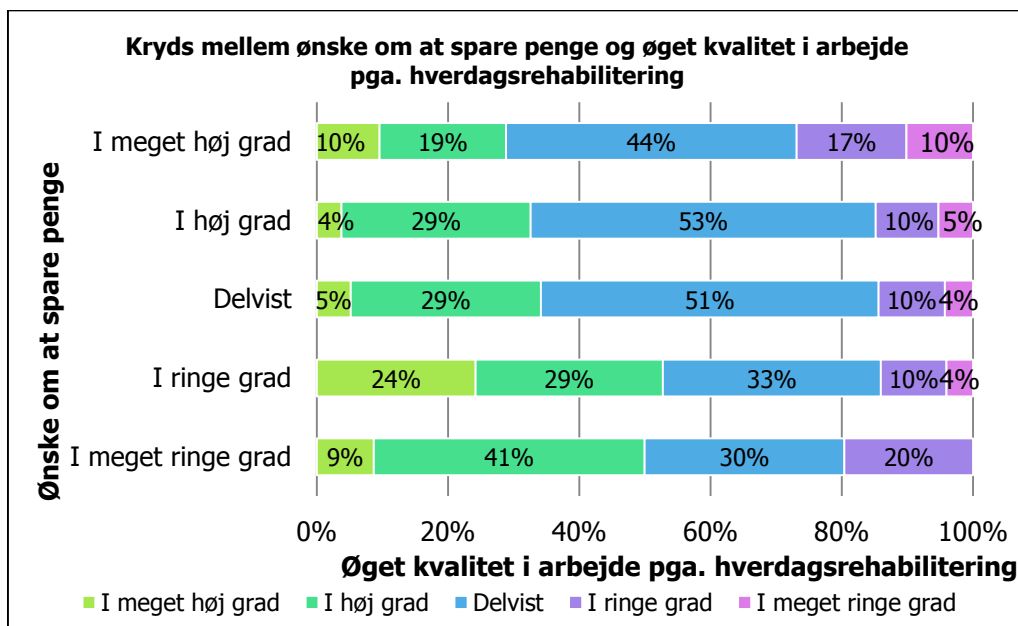
Vi fandt statistisk signifikante positive sammenhænge mellem oplevelsen af at kommunen ønskede at øge borgernes livskvalitet og 1) at der var en øget kvalitet i arbejdet p.g.a. hverdagsrehabilitering (Gamma = ,352;  $p < .000$ ; N=578) (se figur 4.2.3.1.), 2) oplevelse af borgernes indstilling til hverdagsrehabilitering (Gamma = ,433;  $p < .000$ ; N=525), 3) jobtilfredshed (Gamma = ,314;  $p < .000$ ; N=590) og 4) intentioner om at blive på arbejdspladsen de næste 5 år (Gamma = ,176;  $p < .000$ ; N=596).



Figur 4.2.3.1

#### Resultater - Økonomiske sparehensyn som begrundelse fra kommunen

Vi fandt statistisk signifikante negative sammenhænge mellem oplevelsen af at kommunen ønskede at spare penge og 1) at der var en øget kvalitet i arbejdet p.g.a. hverdagsrehabilitering (Gamma = -0,150; p < .006; N=568) (Figur 4.2.3.2.), og 2) jobtilfredshed (Gamma = -,129; p < .041; N=577). Der var *ingen* signifikante sammenhænge mellem oplevelsen af at kommunen ønskede at spare penge og 3) oplevelse af borgernes indstilling til hverdagsrehabilitering (Gamma = ,088 ; p = .125; N=528) eller 4) intentioner om at blive på arbejdspladsen de næste 5 år (Gamma= 0,011; p = .833; N=586).



Figur 4.2.2.2



#### 4.2.4 Diskussion

Undersøgelsen af betydningen af kommunernes incitament for implementering af hverdagsrehabilitering pegede på, at medarbejdernes oplevelse af, at øget livskvalitet for borgerne var en væsentlig begrundelse for kommunen, hænger tydeligt sammen med deres oplevelse 1) kvalitet i arbejdet med hverdagsrehabilitering, 2) borgerens indstilling til hverdagsrehabilitering, 3) jobtilfredshed og 4) intentioner om at blive på arbejdspladsen. Derimod er der mindre tydelige sammenhæng mellem medarbejdernes oplevelse af at sparehensyn har været en væsentlig begrundelse for kommunen og outcome. Kun to ud af de fire testede sammenhænge var signifikante, og den ene kun marginalt (ikke signifikant ved korrektion for multiple tests).

Resultater fra den kvalitative del af undersøgelsen kan bekræfte, at det er vigtigt for medarbejderne, at deres arbejde skaber livskvalitet for borgerne. En social- og sundhedsmedarbejder fortæller: "Vi har haft borgere, som var visiteret til god og kærlig pleje på plejehjem, og dem har vi så trænet op – og det var sådan noget, der inspirerede os. De skulle stadig være på plejehjem pga. nogle andre sygdomme, men det øgede deres livskvalitet." og en anden supplerer: "Jeg var lige ude i morges hos en der fra 70 minutter via [ord for hverdagsrehabilitering i den kommune] nu kun har 10 - se, hvad jeg kan! Sprang ud af sengen - så bliver man stolt!".

Samtidig er medarbejderne meget opmærksomme på, at hvis det alene handler om besparelser, så kan det have negative konsekvenser for borgerne: "Hvis det kan handle om livskvalitet, så synes jeg det er rigtig godt. Men hvis det trækkes ned over hovedet på folk, så tipper det." (social og sundhedsmedarbejder). Besparelshensyn er dog ikke i sig selv illegitime, det virker som om, både medarbejdere og ledere acceptere, at det er et vilkår, men at det er vigtigt, at indsatsen samtidig forbedrer kvaliteten af plejen. En teamleder udtrykker: "Det vi gør nu, det løfter helt klart mange borgers livskvalitet. Den tid man giver ekstra ud, kan spare penge bagefter. Det skulle rigtig gerne lykkes det her, for vi bliver jo færre hænder. Og det er rigtig spændende arbejde det her.". Der er også en bevidsthed om, at det er vigtigt, hvordan indsatsen bliver præsenteret: "Håber at det ikke vil blive italesat som et besparelserprojekt. Vi ved godt at i sidste ende, så har bundlinjen også en betydning, men det er vigtigt, at det ikke bliver den vi italesætter." (leder af visitationen).

I alle kommuner udtrykkes et ønske om, at hverdagsrehabilitering skal bidrage til mindskede udgifter (eller mindskede stigninger i udgifterne) i ældreplejen. I nogle kommuner er det en langsigtet målsætning, mens de i andre kommuner gerne vil kunne høste den økonomiske gevinst med det samme. Resultaterne fra undersøgelsen peger på, at den økonomiske dagsorden kun i begrænset omfang går ud over medarbejdernes jobtilfredshed og oplevede kvalitet i arbejdet, men at det er afgørende vigtigt, at den i praksis kombineres med en indsats, der skaber øget livskvaliteten for borgerne og faglig stolthed for medarbejderne.

### 4.3 Kommunikation og dokumentation

*"I dag skal vi bruge meget mere kommunikation. Er du gal - jeg skal bruge tid på kommunikation"* Social- og sundhedsmedarbejder.

Vi har i alle kommuner fundet, at der er betydelige udfordringer med den kommunikation, som en hverdagsrehabiliterende tilgang fordrer mellem de forskellige fag- og funktionsgrupper. Ud over kommunikationen mellem faggrupper og vagtlag kræver arbejdet med hverdagsrehabilitering også en anden form for opfølgning og dermed dokumentation af indsats og resultater, end der har været tradition for i hjemmeplejen. Både på grund af det større fokus på mål i forhold til den enkelte borger og fordi de enkelte forløb typisk er kortere, og der derfor er flere af dem. De større krav til dokumentation blev oplevet som en stor udfordring i kommunerne – ikke mindst for social- og sundhedsmedarbejderne. Det handlede både om kompetencer, kultur og teknologi, som vi senere vil vende lidt tilbage til, og det handlede om tid. I en kommune, hvor der er gjort meget ud af at beregne ekstra tid til social- og sundhedsmedarbejdernes rehabiliteringsarbejde, var der eksempelvis ikke sat ekstra tid af til arbejdet med dokumentation.

*"Der er ikke tid til det. Hvordan det skal gøres mangler en afklaring"* Social- og sundhedsmedarbejder

Vi finder, at en sammenblanding af behovet for at skulle dokumentere data om borgere med mulighederne for at kommunikere i hverdagen, kan forstærke problemerne. Mange af de metoder og teknologier, der anvendes i ældreplejen, anvendes både til kommunikation og til dokumentation. Vi fandt, at der langt fra altid var klarhed over, hvornår og hvor noget skrives og med hvilket formål. Motivationen for at anvende PC'er, PDA'er og elektroniske journaler vil ofte hænge sammen med, hvad medarbejderen oplever, at formålet er. Lægges der for meget vægt på ønsket om dokumentation, som den enkelte medarbejder måske ikke ser formålet med eller selv oplever nytten af, kan det komme til at bremse for at f.eks. PDA'er og fælles journalføring udnyttes til en ny kommunikationsform medarbejdere og faggrupper imellem. Hvis det fx opleves unødvendigt eller meget besværligt at leve op til dokumentationskravene, resulterer det måske i, at der ikke videregives vigtig viden om en borger, med det resultat at næste medarbejder med kontakt til borgeren mangler værdifuld information for at kunne løse sin opgave.

*"Hvis det ikke står i journalen, så ved du det jo ikke, det er tit, der ikke bliver skrevet, fordi man har travlt, men man glemmer, at visitator ikke ved det samme om borger som SoSu."* Visitator.

#### 4.3.1 Betydningen af at kunne mødes og tale sammen

*"Det er det konkrete samarbejde, der udvikler samarbejdet mellem faggrupperne. Det er afgørende at der skabes nogle rammer, hvor der kan "snakkes borgere". "*

*"Det er svært at lære at arbejde sammen gennem et elektronisk system. Særligt svært for SoSu'erne, der ikke er vant til det"*

Det var nogle af udsagnene, da en gruppe ledere og medarbejdere på tværs af kommuner på et seminar talte om kommunikationsudfordringer.

Muligheden for fysisk at mødes giver et godt udgangspunkt for samarbejdet og kommunikationen. Den kvalitative afdækning viser, at rammerne for at mødes er meget forskellig i de forskellige kommuner. Organiseringen i tværfaglige teams, hvor social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker, terapeuter og gruppeleder holder til i de samme fysiske rammer og

hver anden uge mødes til teammøde giver et godt udgangspunkt for kommunikationen og det tværfaglige samarbejde. Samarbejdet på tværs af fagligheder understøttes her både af den organisatoriske struktur, af fælles møder og af en fysisk nærhed, som gør mere uformelle snakker mulige.

Fysisk nærhed kan i nogle sammenhænge bygge bro over organisatorisk adskillelse, hvilket vi oplever i flere kommuner. I en kommune, hvor terapeuterne er placeret i deres egen organisatoriske enhed, sidder de flertallet af ugens arbejdsdage ude i hjemmeplejedistrikterne, hvilket både gør det muligt at deltage i teammøder og at mødes uformelt fx i forbindelse med frokost. I en anden kommune har terapeuterne i hjemmeplejen (rehab-terapeuter) opnået et langt bedre samarbejde med de terapeuter, der bevilger hjælpemidler, efter at de to grupper er begyndt at arbejde i lokaler dør om dør.

Vi fandt mange forskellige former for møder omkring arbejdet med hverdagsrehabilitering i de fem kommuner.

I alle kommuner blev der afholdt teammøder, hvor social- og sundhedsmedarbejderne og teamlederen samt i forskelligt omfang sygeplejersker og/eller terapeuter udvekslede erfaringer og indgik aftaler og praktiske justeringer i forhold til teamets borgere. Der var en generel oplevelse af, at hverdagsrehabilitering havde betydet, at fagligheden og ”snakken om borgere” var kommet mere i fokus på teammøderne. Flere teamledere havde bevidst nedtonet omfanget af praktiske meddelelser og generelle informationer på teammøderne for at få plads til borgersnakken. Vi observerede generelt et stort engagement på disse møder og er i flere situationer blevet imponerede over den viden, der i teamene var om den enkelte borger. Teamlederen har stor betydning for afviklingen af teammødet og vi har set store forskelle på, hvordan møderne ledes og på, hvordan der samles op på eventuelle uenigheder eller aftaler.

I to kommuner blev der afholdt tværfaglige møder med visitator og medarbejderne omkring den enkelte borger, hvilket gav god mulighed for udvikling af fælles praksis i forhold til samarbejdet om visitation, opstart og afslutning af borgerens rehabiliteringsforløb.

I en tredje kommune blev der afholdt dialogmøder mellem specielt rehab-uddannede social- og sundhedsmedarbejdere og terapeuter, hvor generelle udfordringer og konkrete borgerforløb blev taget op. Vi observerede på disse møder en tendens til, at det var terapeuten, der spurgte ind til de forskellige borgere mere end det var social- og sundhedsmedarbejderne, der bragte borgere eller problemstillinger op, som de oplevede gav dem udfordringer.

Der var i flere kommuner en intention om, at en social- og sundhedsmedarbejder deltager sammen med en terapeut i opstartsmødet hos en borger visiteret til rehabilitering. Men i praksis viste det sig langt fra altid at finde sted, som nedenstående ordveksling på et seminar illustrerer:

*”Hos os kan SoSu tage ud sammen med terapeut, men det sker meget sjældent i praksis... det er ærgerligt, men noget skred i svinget. Leder*

*”Og det kunne ellers være en fordel, for vi kender jo borger. ” Social- og sundhedsmedarbejder*

Det er ikke kun kommunikationen og samarbejdet mellem faggrupper og funktioner, som kan volde problemer. I de fleste kommuner fremhæves kommunikationen mellem medarbej-

dere på dag-, aften- og nattevagt som en stor udfordring. Nattevagter er i alle kommuner organiseret i særlige teams, mens der er forskel på, om aftenvagterne indgår i samme team som dagvagterne eller i særlige aftenteams.<sup>7</sup>

For at skabe rammer for koordination mellem dag og aften tilskyndede gruppelederen aktivt aftenvagterne til at deltage i teammøder i nogle af de team, hvor der både indgik dag- og aftenvagter. I nogle kommuner, hvor dag- og aftenvagter var organiseret i forskellige team, blev der jævnligt afholdt møder mellem dag og aften. Der var her en erkendelse af, at det havde været underprioriteret, men at det var meget vigtigt, at dag og aften mødes, da det jo er de samme borgere, medarbejderne kommer hos. Uanset om møderne foregår internt i et team eller mellem dag- og aftenteam, er det vigtigt, at der er en fra aftenholdet som kan og vil (og får støtte til) opgaven med at formidle videre til de andre kolleger fra fælles møder mm.

I flere kommuner var der team, der brugte oversigtstavler over teamets borgere som tydeliggørelse af, hvilke borgere, der var visiteret til rehabilitering og hvem der var kontaktperson i forhold til rehabiliteringen. Det gav en synlighed både for aftenvagter og for afløsere og weekendvagter og det blev oplevet som et godt udgangspunkt for en dialog om rehabiliteringsindsatsen med medarbejderne i dagvagt. Vi har mødt en stor interesse for idéen med oversigtstavler på de møder og seminarer, vi har holdt i kommunerne og på tværs af kommunerne.

I en enkelt kommuner deltog terapeuter jævnligt på aftenholdets møder, hvilket blev oplevet meget positivt af social- og sundhedsmedarbejderne. I flere andre kommuner gav terapeuterne udtryk for, at social- og sundhedsmedarbejdere i aftenvagt var velkomne til at kontakte dem, men vi hørte kun om få social- og sundhedsmedarbejdere, som havde benyttet sig af muligheden for selv eller gennem deres gruppeleder at kontakte en terapeut, hvis de oplevede at have svært ved rehabiliteringen af en borger. Det gjaldt både social- og sundhedsmedarbejdere i dagvagt og aftenvagt.

I de fleste kommuner blev der afholdt jævnlige møder mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Disse møder handlede typisk om sygeplejefaglige problemstillinger og forhold vedrørende medicinering.

I en af de medvirkende kommuner blev der i forbindelse med visitation til hverdagsrehabilitering afholdt tværfaglige møder omkring den enkelte borger med deltagelse af visitator, terapeut og den rehab-ansvarlige social- og sundhedsmedarbejder. I en anden kommune var et samarbejde mellem visitatorer og social- og sundhedsmedarbejdere så småt startet op, mens

---

<sup>7</sup> Den kvantitative undersøgelse viste, at social- og sundhedsmedarbejderne i fast aften- og nattevagt i mindre grad end deres kolleger i dagvagt oplevede at have de nødvendige kompetencer til at udføre hverdagsrehabilitering, i mindre grad var klar over, hvilke af deres borgere, der var visiteret til hverdagsrehabilitering og sjældnere oplevede at der var afsat tilstrækkelig tid til hverdagsrehabilitering med den enkelte borger.

Social- og sundhedsmedarbejderne i aften- og nattevagt vurderede alle samarbejdsrelationer lavere end deres kolleger i dagvagt. Størst var forskellen på vurderingen af relationen til lederne og terapeuterne, mens forskellen til sygeplejerskerne kun var ganske lille (og mindre end forskellen mellem hhv. dagvagternes og aften- og nattevagternes vurdering af relationen med deres egne kolleger). Hvor ledere og terapeuter blev oplevet markant mindre tilgængelige for aften- og nattevagter, var dette ikke tilfældet for sygeplejersker.

der ikke i de øvrige kommuner var nogen fora, hvor visitatorer og social- og sundhedsmedarbejdere mødtes. I en af disse kommuner blev det i forbindelse med fremlæggelsen af spørgeskemaresultaterne fremhævet, at en lav score af relationen mellem visitatorer og social- og sundhedsmedarbejdere afspejlede en bevidst holdning i kommunen om, at disse grupper ikke forventedes at samarbejde direkte, men gennem gruppelederne

Terapeuterne i alle kommuner samarbejdede med visitatorerne, men vi erfarede ikke at disse grupper mødtes rutinemæssigt i nogen af kommunerne, hvilket dog ikke blev italesat som et problem.

*"Vi ser stort set ikke vores visitation, kun hvis vi er specielt inviterede til visitationsmøder, ellers går al kommunikation gennem mail og telefon."* Terapeut

Vi har i de fem kommuner set eksempler på mange forskellige mødestrukturer på tværs af team og fagligheder omkring hverdagsrehabiliteringen, og alle steder har arbejdet med hverdagsrehabilitering betydet, at man er blevet mere opmærksomme på vigtigheden af at have formelle tværfaglige fora for udveksling og kommunikation mellem de funktionsgrupper og teams, hvor man faktisk ønsker øget koordinering af samarbejdet. Der blev de fleste steder udtrykt stor tilfredshed med disse øgede muligheder for udveksling på tværs. Men der var også en udbredt erkendelse af, at det ikke er tilstrækkeligt med mødestrukturer alene. Der er til stadighed brug for opmærksomhed på, om de rigtige personer deltager i møderne (herunder fx repræsentanter fra aften og nat), hvordan møderne faktisk forløber, hvem der siger noget, og hvem der ikke siger noget, og hvordan der bliver samlet op på beslutninger etc.



#### 4.3.2 Skriftlighed udfordrede mange social- og sundhedsmedarbejdere

*"Skriftlig kommunikation er svær, du ved ikke, hvordan det opfattes. Fx modtage følgende 'jeg har brug for mere tid!!!' Så bliver man sådan... og kommer måske selv til at svare med flere udråbstegn. Nu afslutter jeg altid med VH og mit navn."* Visitator på seminar

Det øgede behov for dokumentation og skriftlighed, som hverdagsrehabilitering medfører, er en særlig udfordring for mange social- og sundhedsmedarbejdere.

De fleste af vores informanter havde lettere ved at fortælle end at skrive om en borger eller en situation og mundtlig kommunikation gav en anden mulighed for at afklare spørgsmål og undgå misforståelser.

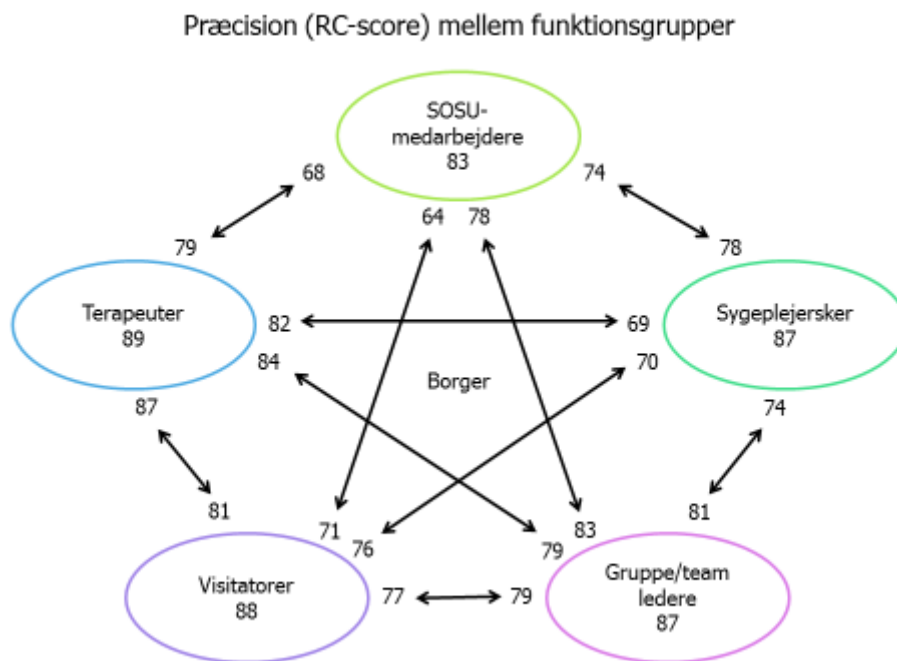
*"Vi opfordrer til, at hvis en kommunikation bliver for meget frem og tilbage, så ringes der eller mødes fysisk; kropssproget er vigtigt."* Leder



Vi fandt, at det langt fra var alle social- og sundhedsmedarbejdere, som tjekkede deres mail dagligt og i praksis observerede vi, at der ofte blev grebet til telefonen, når der skete ændringer eller var usikkerhed om en aftale.

Selvom der i nogle kommuner havde været en del undervisning i dokumentation og skriftlighed for social- og sundhedsmedarbejdere, blev skriftligheden fremhævet som udfordring af alle kommunerne. I målingerne af den relationelle koordinering fandt vi i alle kommuner, at social- og sundhedsmedarbejderne var den gruppe, der blev scoret lavest i forhold til præcision.

Det fremgår af figur 4.3.2.1, at specielt terapeuter og visitatorer vurderede social- og sundhedsmedarbejdernes kommunikation som upræcis. Men social- og sundhedsmedarbejderne blev af alle andre grupper scoret lavest.<sup>8</sup>



Figur 4.3.2.1

Udfordringerne for social- og sundhedsmedarbejderne handlede om, at mange ikke var stærke til at læse og skrive og ikke var vant til at formulere sig på en måde og med en præcision, som der nu forventes. Det handlede også om, at mange medarbejdere oplevede at den tid, der skulle bruges til dokumentation, gik fra borgerne. Og endelig handlede det om, at det for medarbejdere, som ikke i udgangspunktet var fortrolige med elektronisk kommunikation, i sig selv blev en barriere for overhovedet at skrive noget, at det skrevne aldrig kunne slettes (men højst skjules).

*”Der mangler rutine og sikkerhed: SoSu’erne oplever ikke at have de kompetencer, der skal til for at formulere sig, så de undlader at skrive noget, de synes det er pinligt, hvis de skriver noget forkert.” Leder på seminar*

<sup>8</sup> Se afsnit 5.1 for forklaring på læsning af figuren.

Vi fandt, at de andre fag- og funktionsgrupper generelt udviste en stor forståelse for social- og sundhedsmedarbejdernes udfordring med hensyn til skriftlighed og dokumentation, og vi observerede en imødekommenhed i forhold til at bidrage til at afhjælpe problemerne.

*"Der mangler nok den tid for at SoSu'erne kan sidde ned og lære at lave de indberetninger som visitator gerne vil have."* Terapeut

*"Vi er blevet bedre til at kommunikere. Men der er indimellem, vi får for dårlige tilbagemeldinger: Men det er en læreproces. Det er nyt for dem, vi forventer at få informationerne fra."* Visitator

*"Det behøver ikke være meget, SoSu skal skrive, bare få ord, og det betyder ikke noget med stavefejl, vi kan godt forstå det, vi kender jo også borger, så det er let for os at forstå."* Terapeut på seminar

*"Vi skal også blive bedre til at melde tilbage, hvis vi ikke er enige, så medarbejderne oplever at få et svar/en begrundelse, hvis en ydelse ikke kan gives."* Visitator

I flere kommuner fremstod det uklart, hvem der havde ansvaret for, at social- og sundhedsmedarbejderne havde skrevet og dokumenteret fyldestgørende. I nogle kommuner havde terapeuterne i praksis dette ansvar – enten fordi de havde fået det pålagt eller fordi de selv havde påtaget sig ansvaret og eksempelvis ringede til en social- og sundhedsmedarbejder, hvis der manglede vigtig information i en journal.

Vi hørte om enkelte hjemmeplejegrupper, hvor social- og sundhedsassistenterne hjalp social- og sundhedshjælperne med dokumentationen, men ellers undrede vi os over, at kun ganske få ledere (og ingen terapeuter eller visitatorer) italesatte en forskel mellem SSA'ere og SSH'ere i forhold til skriftlige kompetencer.

Vi kunne konstatere, at når social- og sundhedsmedarbejderne i spørgeskemaet svarede på, om de havde kompetencerne til at varetage hverdagsrehabilitering, så var det ikke kompetencer om skriftlighed og IT, de forholdt sig til. At disse færdigheder ikke betragtedes som 'nødvendige kompetencer' gav en aha-oplevelse og anledning til refleksion på et tilbagemeldingsseminar i en af kommunerne.



#### 4.3.3 Teknologien har stor betydning

Udfordringerne med skriftligheden bliver ikke mindre af, at PDA'en, som var det centrale redskab for Social- og sundhedsmedarbejderne i alle kommunerne, har så lille en skærm, at den er vanskelig både at læse fx plejeplaner og helhedsvurderinger på og er vanskelig at skrive i. En SSA udtalte: "det tager en krig at læse på en PDA". Det blev på et seminar i en af

kommunerne bemærket, at det er tankevækkende, at den gruppe, som i forvejen har vanskeligt ved at kommunikere på skrift, har det absolut dårligste værktøj til det.

*”Det er et problem, at SoSu’erne kun har en lille PDA: det er umuligt at flytte rundt på planer osv på den, og helhedsvurderingerne er efterhånden oppe på 4 siders prosa, det kan ikke læses på PDA.”* Gruppeleder på seminar

I alle kommunerne foregik en stor del af dokumentationen og kommunikationen elektronisk med CARE som det centrale system indeholdende helhedsvurderinger, plejeplaner, handleplaner, opsamling af data om borgernes fremdrift, advis-funktion mm.

Vores analyse viste ikke, at der grundlæggende blev stillet spørgsmålstejn ved dette system. Men den viste, at ledere og medarbejdere oplevede nogle funktionelle uhensigtsmæssigheder. De funktionelle uhensigtsmæssigheder var fx:

- at der ikke var en ”copy-paste”-funktion, hvilket betød at gentagne handlinger eller observationer skulle skrives hver gang
- at samme plan blev kaldt noget forskelligt på de computere, som de fleste faggrupper brugte og på PDA’erne, som social- og sundhedsmedarbejderne brugte og
- at samme oplysning skulle skrives flere steder, fordi det kun var det, der blev skrevet i en advis, som direkte tilgik fx en terapeut eller visitator
- at det ikke tydeligt fremgik, hvad der var de seneste tilføjelser i et dokument.

Det fremgik af drøftelserne om teknologien ved flere seminarer i og på tværs af kommunerne, at det ikke kun var uhensigtsmæssighederne i den tekniske funktionalitet af systemerne, der gjorde sig gældende, men at der også manglende kendskab til funktionaliteten og oplæring i at bruge systemerne hensigtsmæssigt blandt en del medarbejdere. En forskellig brug af advis-funktionen blev fremhævet som særlig problematisk og der blev påpeget behov for fælles retningslinjer og fælles praksis, så den fx var forbeholdt meddelelser og korte beskeder om faktuelle forhold og ikke brugt til, hvad der blev betegnet som ’ligegyldige ting’.

Vi fandt at der i kommunerne var forskellige måder at håndtere udfordringerne med teknologien på og der fremkom i projektet forskellige forslag til løsninger, der forventedes lidt mere grundlæggende at kunne løse teknologiudfordringerne.

I én kommune blev der dokumenteret på papir i borgerens hjem og først efterfølgende elektronisk. En anden kommune havde været med i et projekt, hvor der var blevet udviklet en tjeklisteagtig dokumentationsform, som virkede mindre besværlig og mere relevant end registreringer i CARE. I en tredje kommune fremkom der i forbindelse med en tilbagemelding fra projektet i forvaltnings-MED et forslag om, at social- og sundhedsmedarbejdernes PDA skulle erstattes med en iPad eller anden tablet (som hjemmesygeplejerskerne på det tidspunkt havde fået og var meget glade for. I flere kommuner var der kendskab til forsøg med brug af talegenkendelse på iPhone (el.lign.), og der var store forhåbninger til, at det ville blive lettere for social- og sundhedsmedarbejderne, hvis dokumentationen kunne indtales fremfor at skulle skrives.

Sammenfattende om udfordringerne i forhold til teknologien, blev der på et seminar for ledere og medarbejdere på tværs af kommunerne sagt:

*”Vi skal huske at IT er til for os, så vi må stille krav til, at den udvikles med os som brugere. Det vi har i dag er ofte for kompliceret.”*

#### 4.4 Brug af fagligheder

En forandringsproces, som den der finder sted i store dele af hjemmeplejen i forbindelse med overgangen til hverdagsrehabilitering, sker ikke uden brydninger, grænsedragninger, glidninger og til tider magtkampe mellem de forskellige former for professionel praksis, som er i spil.

Dette tema er i relation til projektet blevet behandlet i et konferencepaper: Jensen, MF: *Health care professionals doing institutional work contested terrains in Danish home elderly care*. Accepteret og præsenteret på konferencen EGOS - European Group for Organizational Studies, Montréal 2013.

I paperet illustreres det, hvordan de forskellige faggrupper på hver sin måde bruger implementeringen af hverdagsrehabilitering til at skabe og udvikle deres professionelle identitet og faglighed. For terapeuterne er der med hverdagsrehabilitering opstået et nyt rum for deres faglighed, og de er med stor hast ved at indtage og omfavne et område, som før har været domineret af sygeplejersker. Social- og sundhedsmedarbejderne oplever i nogen grad at deres professionelle identitet bliver genskabt. De oplever i hverdagsrehabiliteringen at kunne trække på tidligere tiders praksis omkring "Hjælp til selvhjælp", som de er uddannet til, men som de i nogen grad har været tvunget til at lægge på hylden under den tidligere periodes fokus på New Public Management. For sygeplejerskerne udspiller der sig en kamp, hvor de på forskellige måder forsøger at opretholde deres status og magtposition i hjemmeplejen. Nogle søger at afgrænse og isolere deres arbejde og faglighed fra terapeuternes domæne, mens andre udfordrer terapeuternes dominans på området, og kræver at blive inkluderet i den hverdagsrehabiliterende praksis.

I dette afsnit ser vi nærmere på de enkelte fagligheder, der er i spil omkring hverdagsrehabilitering, og hvordan de i praksis udnyttes i kommunerne.



#### 4.4.1 SSA og SSH

Som tidligere nævnt har vi i vores kvalitative undersøgelse ikke fundet, at der i kommunerne skelnes mellem social- og sundhedsassistenter (SSA) og social- og sundhedshjælpere (SSH) i forbindelse med rehabilitering.<sup>9 10</sup>

Vi var meget overraskede over, at de fleste terapeuter, vi talte med, ikke vidste, hvilke af de social- og sundhedsmedarbejdere, de samarbejdede med, der var henholdsvis assistenter og hjælpere. Ikke mindst i lyset af, at assistentuddannelsen i modsætning til hjælperuddannelsen indeholder aktivitetsfaglige elementer, og at assistenterne qua deres længere uddannelse må forventes at være mere skolevante og træned i skriftlighed. Det kan afspejle, at terapeuternes viden om social- og sundhedsuddannelserne er begrænset, hvilket kan synes uheldigt i betragtning af det tætte samarbejde, hverdagsrehabilitering fordrer.

Vi oplevede heller ikke, at gruppelederne skelnede mellem assistenter og hjælpere i forhold til det rehabiliterende arbejde. De fremhævede mere individuelle forskelle i medarbejdernes tilgang til skiftet fra ”at gøre for” og til ”at holde hænderne på ryggen”. I forhold til medicinkompetence skelnede gruppelederne i højere grad mellem de to grupper. Vi har mødt en enkelt gruppeleder, som ved anden runde af udpegningen af særlige rehabiliteringsmedarbejdere blandt sine medarbejdere var gået efter assistenter, fordi hun havde oplevet, at hjælpere havde problemer omkring den øgede skriftlighed i denne særlige jobfunktion. De andre gruppeledere i samme kommune havde vægtet andre hensyn i udpegningen, fx personlige kompetencer, interesser og fordeling på vagtlag.

Blandt social- og sundhedsmedarbejderne oplevede vi flere gange, at det virkede akavet - nærmest pinligt, når vi indledende i et interview eller til en observation spurgte til medarbejdernes uddannelsesmæssige baggrund. Når en social- og sundhedshjælper i en præsentationsrunde, godt nok i spøg siger, at hun sidder og føler sig meget lille omgivet af to assistenter, så er det ikke det bedste udgangspunkt for en tillidsfuld udforskning af medarbejderens og gruppens arbejde med hverdagsrehabilitering. Det manglende fokus på – eller blufærdigheden om – de forskellige uddannelsesbaggrunde kan forstås som et ønske om at få medarbejderne i gruppen til at føle sig ligeværdige. Men det afspejler også en tilgang til uddannelse og kompetencer, som kan vække bekymring i forhold til om de forskellige kompetencer bringes optimalt i spil.

Den manglende skelnen mellem SSA og SSH blandt samarbejdspartnerne betød, som redegjort for i kapitel 3, at vi i spørgsmålene til afdækning af kommunikation og samarbejde mellem de forskellige faggrupper og funktioner (den relationelle koordinering) i spørgeskemaundersøgelsen har spurgt til social- og sundhedsmedarbejderne som samlet gruppe. Undersøgelsen kan derfor ikke vise, om der er forskel på, hvordan samarbejdspartnerne vurderer

---

<sup>9</sup> Vi er efterfølgende blevet opmærksomme på, at der er kommuner, hvor man mere bevidst og i højere grad skelner mellem assistenter og hjælpere i forbindelse med hverdagsrehabilitering og vi ved ikke, hvor dækkende det billede, vi fandt i de fem kommuner i projektet er for situationen på landsplan.

<sup>10</sup> Forskergruppen er af FOA blevet oplyst om, at der siden projektets dataindsamling i 2012 er sket en stor ændring i mange kommuners brug af social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i hjemmeplejen. Kompetencekravene er øget, hvilket betyder at kommunerne i 2014 i langt højere grad eksplicit efterspørger social- og sundhedsassistenter og deres kompetencer i hjemmeplejen end tilfældet var i 2012.

samarbejdet med henholdsvis SSA'ere og SSH'ere. Da vi har kendskab til, hvilken faggruppe de enkelte respondenter tilhører, kan undersøgelsen derimod godt vise, om der er forskel på, hvordan disse to grupper svarer. Både hvad angår spørgsmål om oplevelsen af arbejdet med hverdagsrehabilitering og spørgsmål om vurderingen af relationerne til de andre fag- og funktionsgrupper. Vi har svar fra i alt 125 assistenter og 329 hjælpere.

Vores undersøgelse viste ingen forskel på, i hvilken grad, SSA'ere og SSH'ere arbejdede med hverdagsrehabilitering. Det var den helt generelle oplevelse ved interview og observationer i kommunerne og det viste sig også i spørgeskemaundersøgelsen, hvor de to grupper svarede ens på spørgsmålet om, hvor stor en del af deres ugentlige arbejdstid, de bruger på borgere visiteret til hverdagsrehabilitering (for begge grupper bruger hver fjerde halvdel eller mere af arbejdstiden). Vi fandt ingen forskel på, hvilken holdning til hverdagsrehabilitering de to grupper møder hos borgerne (to tredjedele oplevede holdningen meget eller overvejende positiv). Og heller ingen forskel på, i hvilken grad grupperne oplevede, at hverdagsrehabilitering betød at de kunne udføre deres job i en bedre kvalitet end tidligere (det var der to ud af fem, der i høj eller meget høj grad oplevede).

Undersøgelsen viste at SSA'ere følte sig klædt bedre på end SSH'ere til at varetage opgaven med hverdagsrehabilitering, mens SSH'ere i højere grad end SSA'ere oplevede at bruge deres faglighed mere efter indførelsen af hverdagsrehabilitering end før. Disse to resultater tilsammen kunne tyde på, at SSA'ernes kompetencer i forhold til rehabilitering ikke blev sat fuldt ud i spil i kommunerne. Der kunne måske være et potentiale for større udfordringer for SSA'erne? Dette forhold kan måske også tænkes at hænge sammen med et andet undersøgelsesresultat: at SSH'erne var mere tilfredse med deres job end SSA'erne, og at de i højere grad forventede at være på arbejdspladsen om fem år. Hvor næsten to ud af tre SSH'ere helt eller temmelig sikkert forventede at være på deres arbejdsplads om fem år, var det kun godt halvdelen af SSA'erne, der havde den forventning

#### 4.4.2 Ergo- og fysioterapeuter

Terapeuterne har i alle kommuner en helt central funktion i arbejdet med hverdagsrehabilitering. Vi finder i projektet forskelle på, hvilke terapeuter, der indgår i hverdagsrehabilitering i de forskellige kommuner. Der er kommuner, som har valgt kun at have ergoterapeuter ansat til denne opgave, mens andre går efter forskelligheden og at få begge terapeutfagligheder (fysio- og ergo-) i spil. I kommuner, hvor der er begge grupper af terapeuter ansat, hører vi, at de værktøjer, der bruges til afdækning af borgerens ressourcer, funktionsniveau og mål (ICF og COPM) er typiske ergoterapeutværktøjer. Af spørgeskemaundersøgelsen kan vi se, at der er næsten dobbelt så mange ergoterapeuter som fysioterapeuter (henholdsvis 22 og 12).

*"Problemet for fysser'ne er, at de har svært ved at se deres faglighed sat i spil. ... Ergoterapeuterne har derimod ikke svært ved at finde deres faglighed i det her. Det har været nemt for dem, det falder lige ind i ergoterapeuternes kernekompetencer."*  
Projektleder i kommune

I en kommune, hvor der bevidst er ansat både ergo- og fysioterapeuter i hverdagsrehabiliteringsfunktionen, oplever vi under en observation, styrken ved at have begge grupper ansat til hverdagsrehabilitering.

*En ergoterapeut er på visitationsbesøg hos en ældre borger, som er stærkt gangbesværet efter et trafikuheld. En stor barrierer for borgerens selvhjulpenhed viser sig at være et dørtrin fra stuen til gangen, som borgeren er meget nervøs for at skulle forcere. Ved afslutningen af samtalen siger ergoterapeuten til borgeren, at hun vil få sin*

*fysioterapeutkollega til at komme på besøg hos borgeren for at vurdere mulighederne for, at borgeren kan hjælpes til at kunne forcere dørtrinnet og dermed kunne bevæge sig mere selvhjulpen rundt i lejligheden.*

Vores kvalitative analyse viser, at der af de andre ansatte generelt ikke skelnes mellem fysio- og ergoterapeuter – de omtales alle som 'terapeuter' eller 'rehab-terapeuter'. Som det er tilfældet for social- og sundhedsmedarbejdergruppen har vi derfor i spørgeskemaundersøgelsen samlet terapeuterne i én gruppe i spørgsmålene til afdækning af kommunikation og samarbejde mellem de forskellige faggrupper og funktioner (den relationelle koordinering). Vi kan derfor ikke skelne mellem de andre gruppers oplevelse af samarbejdet med de to forskellige typer af terapeuter.

Som det var tilfældet med social- og sundhedsmedarbejderne kan vi på baggrund af oplysninger om respondenternes faglighed godt skelne mellem, hvad de to terapeutgrupper svarer. Antallet af terapeuter i kommunerne er ikke særlig stort, og selvom der er en høj svarprocent betyder det, at resultaterne er meget følsomme for, hvad enkelte respondenter svarer. Denne følsomhed bliver endnu større, når man opdeler gruppen og man skal derfor være varsom med at tolke resultaterne som andet end tendenser.

Ergoterapeuterne brugte ifølge undersøgelsen mere af deres arbejdstid på hverdagsrehabilitering end fysioterapeuterne, men vi fandt lidt overraskende, at flere fysioterapeuter i høj eller meget høj grad oplevede at have de nødvendige kompetencer til at udføre hverdagsrehabilitering (91 % mod 66 %). Ergoterapeuterne oplevede til gengæld i højere grad at bruge deres faglighed mere nu end før kommunen indførte hverdagsrehabilitering og i højere grad at kunne udføre deres arbejde i en bedre kvalitet end tidligere, ligesom de i højere grad end fysioterapeuterne vurderede, at der er afsat tilstrækkelig tid til hverdagsrehabilitering med den enkelte borger.

Når vi ser på de to terapeutgruppers vurdering af relationerne med de andre grupper i arbejdet med borgerne, er den mest iøjnefaldende forskel, at fysioterapeuterne scorer relationen til sygeplejerskerne markant højere end ergoterapeuterne gør. Nærmere analyse viser, at det især er på dimensionerne rettidighed, hyppighed og fælles mål, denne forskel gør sig gældende. En forklaring på disse forskelle kunne muligvis være, at man i nogle af de kommuner, hvor man har valgt at ansætte ekstra terapeuter i hverdagsrehabiliteringen, især har ansat ergoterapeuter. Som relativt nyansatte har de ikke opbygget relationer til sygeplejerskerne gennem længere tid, og der kan dermed lettere opstå modsætningsforhold og brydninger mellem faglighederne, som beskrevet i konference-paper (Jensen, 2013). En anden forklaring kunne være, at fysioterapeuternes og sygeplejerskernes faglighed ligger tættere på hinanden (begge har en somatisk tilgang), og at de derfor har lettere ved at samarbejde end sygeplejersker og ergoterapeuter. Endelig kan det være, at forskellene ikke har med faglighed at gøre, men skyldes fordelingen af hhv. ergoterapeuter og fysioterapeuter i de forskellige kommuner, og at forskellen derfor afspejler at samarbejdet mellem terapeuter og sygeplejersker er bedre i nogle kommuner end i andre.

#### 4.4.3 Sygeplejersker

Den kvalitative analyse viste, at sygeplejerskerne generelt ikke havde nogen særlig fremtrædende eller tydelig rolle i arbejdet med hverdagsrehabilitering. Et forhold, som alle kommu-



ner nikkede genkendende til og som blev beklaget specielt fra ledelsesside både ved fremlæggelse af resultaterne i de enkelte kommuner og på et seminar, hvor repræsentanter for alle kommuner var samlet.<sup>11</sup>

I den kvantitative undersøgelse afspejlede dette sig både i en markant lavere svarprocent fra sygeplejerskegruppen end fra de øvrige grupper (se afsnit 3.3.2) og i vurderingen af samarbejdet og relationerne, som de fremgår af scoringerne af relationel koordinering (se afsnit 4.2.2. og 5.1). Sygeplejerskerne blev af alle andre grupper scoret relativt lavt, og af terapeuterne blev de scoret meget lavt. Sygeplejerskerne scorede også selv to af de centrale grupper i hverdagsrehabilitering (terapeuter og visitatorer) ret lavt.

Sygeplejerskernes perifere rolle i forbindelse med hverdagsrehabilitering foranledigede os til at udarbejde en artikel til Sygeplejersken. Nedenstående artikel blev bragt i Sygeplejersken nr. 8, 21. juni 2013.

### **Sygeplejersker skal spille en aktiv rolle i hverdagsrehabiliteringen**

Sygeplejersken 2013; nr. 8, 113. årgang, side 77-79

Af Hans Jørgen Limborg, ph.d., cand.techn.soc, Teamarbejdsliv. E-mail: [hjl@teamarbejdsliv.dk](mailto:hjl@teamarbejdsliv.dk)  
Karen Albertsen, ph.d. Cand. Psych., Teamarbejdsliv Email: [kal@teamarbejdsliv.dk](mailto:kal@teamarbejdsliv.dk)

”Vi havde et opstartsmøde med en borger, det gik bare rigtig godt. Ergoterapeuten fik testet ham, og det var jo bare så tydeligt, at han rigtig gerne ville ud i verden igen. Men efter den sidste tur på hospitalet var han jo ikke kommet ud at gå igen. Jeg tror ikke, han turde. Vi fik lagt en plan, og jeg tror da sagtens, han kan klare sine indkøb selv om tre fire måneder. Så var det lige, at vi også kom i tanke om, at hans hjerte er svagt, hvor langt kan han egentlig tåle at gå? Der manglede vi sgu da sygeplejerskens vurdering”.

Sådan fortæller en social- og sundhedsassistent på et møde, hvor alle kommunens nøglepersoner i Hverdagsrehabiliteringsindsatsen ”Aktiv i mange år” var samlet for at drøfte erfaringer med indsatsen. Kommunen startede projektet i 2010, og i dag er hverdagsrehabilitering en fast del af kommunens ældreservice ligesom i de fleste andre danske kommuner. Borgere, der f.eks. kommer hjem efter et behandling af en skade eller på anden måde har fået en funktionsnedsættelse, tilbydes hjælp og støtte til igen at blive selvhjulpne. I stedet for at modtage hjemmehjælp trænes de op til igen at kunne klare f.eks. rengøring, indkøb, vask og påklædning. Inspirationen kommer bl.a. fra Östersund Kommune i Sverige, og efter at Fredericia kommune udviklede deres version af indsatsen, har ”Fredericiamodellen” sat gang i talrige projekter landet over.

Hver kommune har valgt sin vej. Nogle laver specialteams, andre satser på at ændre tilgangen til borgerne i hele hjemmeplejen. Fælles er dog, at der opbygges et nyt tværfagligt samarbejde mellem ergo- og fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og hjælpere, visitatorer og hjemmesygeplejersker. Det er i dette samarbejde, den hverdagsrehabiliterende ydelse udvikles og udføres. Et hverdagsrehabiliterende forløb starter normalt med, at der efter visiteringen gennemføres et ”opstartsmøde” ude hos borgeren ofte med deltagelse fra flere faggrupper; f.eks. både social- og sundhedsassistent, terapeut og visitator. Sammen finder de ud af, hvad det er ønskeligt og muligt for borgeren at klare selv, og på den baggrund udarbejder de en plan for træningen af borgeren. Som ved andre rehabiliterende indsatser er

---

<sup>11</sup> Sygeplejerskernes perifere rolle i hverdagsrehabilitering er også en problemstilling, som KORA har identificeret i deres undersøgelser af hverdagsrehabiliter i forskellige kommuner (Kjellberg et al, 2013)



det afgørende, at borgerens egne ønsker og mål er i centrum, men ligeså vigtigt er det, at faggrupperne formår at arbejde sammen, og bringe deres forskellige faglige kompetencer i spil.

På mødet, hvor social- og sundhedsassistenten fortalte om sin oplevelse, havde TeamArbejdsliv fremlagt resultaterne fra forskningsprojektet ”ReKoHveR”, som har undersøgt, hvordan faggruppernes samarbejde har fungeret i fem kommuner, der har indført hverdagsrehabilitering (1). Samarbejdet anskues ud fra teorien om, at den relationelle koordinering er afgørende for, at det kan lykkes at opnå de mål, kommunerne har med hverdagsrehabiliteringen. Mål som omfatter en øget livskvalitet for borgeren og samtidigt også omfatter en reduktion af omkostningerne til hjemmeplejen, ved at borgerne klarer mere selv. Alle kommuner ser i hverdagsrehabilitering muligheden for at opnå højere kvalitet for færre penge og for at sikre en fordeling, så de begrænsede ressourcer anvendes, hvor de gør størst gavn.

---

*Hver kommune har valgt sin vej. Nogle laver specialteams, andre satser på at ændre tilgangen til borgerne i hele hjemmeplejen.*

---

Relationel koordinering er et begreb, som er opfundet af den amerikanske forsker Jody Hoffer Gittell og bl.a. beskrevet i bogen ”Effektivitet i sundhedsvæsenet” (2). På baggrund af undersøgelser på flere amerikanske sygehuse har hun fundet, at der er en direkte sammenhæng mellem kvaliteten af ydelsen målt bl.a. i form af indlæggelsestid, patienttilfredshed og smerter efter operation, jobtilfredshed og totalomkostninger, og så sygehuspersonalets forskellige faggruppers evne til at samarbejde. Det er dette samarbejde, hun kalder relationel koordinering. Koordinering handler om at være enige om målet for opgaven med udgangspunkt i patienten, at udvikle et fælles sprog om den opgave, man skal løse sammen, at dele den viden, som hver deltager besidder og endelig at vise hinanden respekt. Koordineringen er afhængig af, at kommunikationen mellem faggrupperne foregår på en ordentlig måde; at kommunikationen er rettidig og sker, når behovet er der, at den er præcis og ikke fordrer, at man skal spørge, hvad der menes, og at sigtet er at løse de problemer, der opstår, fremfor at udpege hvem, der har fejlet.

TeamArbejdsliv har på baggrund af Gittells arbejde udviklet et dansk spørgeskemaværktøj til måling af den relationelle koordinering i et team, hvor forskellige faggrupper skal samarbejde. Det var resultaterne af en sådan måling i kommunens hjemmeplejeteam, der blev fremlagt på mødet. Resultaterne, som blev bekræftet af deltagerne, viste, at ergoterapeuterne havde fundet en ny rolle og virkelig udfoldede deres faglighed, og at social- og sundhedsassistenter og hjælpere nok kunne føle, at deres omsorgsgen blev sat på prøve, men samtidig oplevede en ny arbejds glæde og følte, at deres faglighed gav et væsentligt bidrag til, at det kunne lykkes. Det interessante var, at det i denne kommune var tydeligt, ligesom det var tilfældet i alle de andre kommuner som deltog, at sygeplejerskerne havde svært ved at finde deres rolle i samarbejdet.

Det var derfor social- og sundhedsassistenten, som fortalte historien om borgeren, der gerne ville klare sine indkøb selv igen. I den efterfølgende diskussion blev det klart, at der er nogle omstændigheder omkring måden, man har indført hverdagsrehabilitering på, som har bidraget til denne manglende inddragelse af sygeplejerskerne. Først og fremmest har det at gøre med, hvordan opgaven stilles. Når der i kommunen skal formuleres et fælles mål med udgangspunkt i borgerens behov, er der primært fokus på: Borgerens motivation, vurderingen

af hans/hendes fysiske formåen, behovet for omsorg og kommunens økonomiske og praktiske muligheder for at yde støtte og service. Som en deltager beskrev det: ”Når vi sidder der med borgeren, så er rollerne jo, at hjælperen er beskytter, terapeuten er udfordrer og visitatoren er dommer. Det somatiske perspektiv mangler, der mangler en rolle til sygeplejersken. I de fleste tilfælde anses sygeplejerskerne som en faggruppe, der kan inddrages, hvis der skulle vise sig et behov for at se på et liggesår, eller hvis en borger kan hjælpes til at blive selvhjulpnen med egen medicin-dosering. Men når en borger skal bringes til at klare flere fysiske udfordringer, end han måske selv lige tror på, han kan, så er det jo afgørende også at have en sygeplejefaglig/sundhedsmæssig vinkel med i vurderingen af, hvad der er et realistisk, fælles mål.”

---

*Det interessante var, at det i denne kommune var tydeligt, ligesom det var tilfældet i alle de andre kommuner, som deltog, at sygeplejerskerne havde svært ved at finde deres rolle i samarbejdet.*

---

Den sygeplejefaglige viden er ikke alene vigtig i relation til vurdering af den helbredsmæssige og fysiske formåen, men også i forhold til de mentale forudsætninger for at indgå i et rehabiliteringsforløb. Som led i projektet havde vi deltaget i et hjemmeplejemøde, hvor man diskuterede, hvordan social- og sundhedsmedarbejderne skulle undgå at blive spillet ud mod hinanden af en borger, som svingede voldsomt både i humør og i funktionsevne. Man nåede frem til, at alle medarbejderne skulle bestræbe sig på at behandle borgeren på samme måde, så hun ikke fik mulighed for at manipulere sig til mere hjælp end nødvendigt. Uanset om dette løsningsforslag har virket efter hensigten eller ej, kunne en sygeplejefaglig vurdering af borgerens mentale og følelsesmæssige problemer have bidraget til en større fælles forståelse af, hvad der var på spil i forhold til denne borger. Hvorfor handlede borgeren, som hun gjorde, og hvordan kunne hun mødes og rummes på andre måder. Mange ældre borgere har mentale vanskeligheder ved siden af de fysiske, og en større inddragelse af sygeplejerskernes faglige viden på dette område kan bidrage til en bedre kvalitet i rehabiliteringen. Der er flere praktiske grunde til, at sygeplejerskernes rolle begrænses i den hverdagsrehabiliterende indsats. Det viser sig ofte svært for dem at prioritere deltagelsen i opstartsmøderne med borgerne.

”Det er ikke en opgave, der ser godt ud på arbejdssedlerne, der er jo ikke et CPR-nr.”, det er således svært at få anerkendt denne opgave, og registreringssystemerne kan modarbejde engagementet. Når sygeplejerskerne endelig er med, kan det være svært at finde ind i en ligeværdighed i teamet:

”Jeg tænker tit, at de andre tror, jeg kigger dem over skuldrene,” sagde en sygeplejerske. Der er altså behov for at arbejde med sygeplejerskernes egen forståelse af deres rolle, og de andre faggruppers opfattelse. Endelig er akut-telefonen ofte tændt. Det gør det svært at blive oplevet som et fast medlem af teamet, hvis man flere gange har måttet fare ud af døren midt i en faglig snak.

---

*Hvis der skal opnås helhed i hverdagsrehabiliteringen, bør det somatiske perspektiv på borgerens formåen prioriteres højere.*

---

Hvis der skal opnås helhed i hverdagsrehabiliteringen, bør det somatiske perspektiv på borgerens formåen prioriteres højere. Det fordrer, at sygeplejerskerne får en mere aktiv rolle i opstartsmøder, på tværfaglige gruppemøder og i afviklingen af rehabiliteringsforløbene. Men det kræver først og fremmest, at sygdoms- og sundhedsperspektivet supplerer kommunernes fortolkning af målene for hverdagsrehabiliteringen, som har fokus på fysisk formåen og omsorg. Samarbejde fordrer, at de andre faggrupper trænes i at inddrage dette perspektiv. Det kræver, at sygeplejerskerne spiller en mere aktiv rolle, hvilket igen forudsætter, at de administrative systemer kan gøres mere smidige, men også at sygeplejerskerne selv tænker anderledes om deres rolle og finder deres måde at indgå i den relationelle koordinering med de andre faggrupper.



#### 4.4.3.1 Sygeplejerskernes rolle som ledere

I forbindelse med indførelse af og arbejdet med hverdagsrehabilitering har sygeplejersker ikke kun en rolle som 'menige' sygeplejersker i hjemmesygeplejen. De har også en meget betydelig rolle som ledere i hjemmeplejen. Både som gruppeledere, som område- eller distriktsledere og som ledere højere oppe i kommunernes forvaltninger. Det er derfor ikke uinteressant at se, om den forskel, vi finder på, hvordan sygeplejersker og andre faggrupper indgår i og ser sig selv som en del af hverdagsrehabiliteringen i hjemmeplejen, afspejler sig i en forskel på, hvordan ledere med sygeplejerskebaggrund og ledere med anden faglig baggrund forholder sig til hverdagsrehabilitering.

Vi har i et meget begrænset omfang mulighed for at belyse dette, da vi i vores spørgeskemaundersøgelse har svar fra i alt 25 gruppeledere, hvoraf de 12 er sygeplejersker og de 12 har en social- og sundhedsuddannelse (den sidste gruppeleder er ergoterapeut og indgår ikke i denne analyse). Det lille antal betyder som tidligere påpeget at resultaterne skal tolkes med forsigtighed og alene tages som udtryk for tendenser.

Vi finder, at ledere med en social- og sundhedsuddannelse i højere grad end ledere med en sygeplejerskeuddannelse tror, at et ønske om at tage højde for forventet mangel på medarbejdere, et ønske om at styrke fagligheden hos personalet og et ønske om at øge borgernes

livskvalitet havde betydning for, at der blev indført hverdagsrehabilitering i kommunen. Omvendt tror de sygeplejerskeuddannede ledere i højere grad end de social- og sundhedsuddannede at ønsket om at spare penge havde betydning.<sup>12</sup>

Lederne med social- og sundhedsuddannelse angav at have fået markant mere undervisning i forbindelse med indførelse af hverdagsrehabilitering (i gennemsnit 8 dage mod 3 dage). Vi har ikke mulighed for at sige, om der reelt har været en forskel i uddannelsesstilbuddet til de to grupper ledere, eller om svarene afspejler en forskel i, hvad der opfattes som ”undervisning i forbindelse med indførelse af hverdagsrehabilitering”. Ved sammenholdningen af informationerne fra de kvalitative undersøgelser og spørgeskemaundersøgelsen var netop omfanget af uddannelse der, hvor vi fandt flest uforklarlige forskelle, ligesom det ved vores tilbagemeldinger til kommunerne var angivelsen af uddannelsesomfanget, der gav anledning til mest undren. En af de gennemgående tolkninger af disse forskelle på tilbagemeldingsmøderne i kommunerne var, at der måtte være stor forskel på, hvad respondenterne opfattede som ”uddannelse” og hvad de vurderede havde ”forbindelse med indførelse af hverdagsrehabilitering”.

Vi finder ingen forskelle mellem de to grupper ledere på oplevelsen af at have de nødvendige kompetencer til at kunne udføre hverdagsrehabilitering, men de social- og sundhedsuddannede ledere oplevede i højere grad end de sygeplejerskeuddannede, at hverdagsrehabilitering betød, at de kunne udføre deres arbejde i en bedre kvalitet end tidligere.

Samlet set ser vi i spørgeskemaundersøgelsen en tendens til, at ledere med en social- og sundhedsuddannelse vurderede hverdagsrehabilitering mere positivt end ledere med en sygeplejerskeuddannelse. Det er ikke en tendens vi identificerede i den kvalitative undersøgelse, hvor vi generelt mødte meget engagerede og dedikerede ledere. Men i lyset af udfordringerne med at få sygeplejersker aktivt på banen og sygeplejefagligheden udfoldet i det hverdagsrehabiliterende arbejde i kommunernes hjemmepleje, er det måske ikke så overraskende, hvis denne udfordring også gør sig gældende på ledelsesniveau.

#### 4.4.4 Sammenfattende om brug af faglighed

Hverdagsrehabilitering betyder at flere forskellige fagligheder bringes i spil i den kommunale hjemmepleje og at disse fagligheder skal finde deres egne roller og positioner i forhold til hinanden og i forhold til den fælles opgave.

Vi har fundet at der i kommunerne ikke skelnes mellem SSA og SSH i forhold til arbejdet med hverdagsrehabilitering til trods for forskelle i de to gruppers kompetencer og uddannelsesniveau. Denne manglende skelen kan betyde, at der er ressourcer og kompetencer, der ikke i fuldt omfang udnyttes. Et forhold, der ser ud til at kunne have betydning for nogle af disse medarbejderes interesse i fortsat at arbejde på området.

Terapeutfagligheden synes at være dominerende i kommunernes rehabiliterende tænkning og ergo- og fysioterapeuter indgår i nøglefunktioner i kommunernes arbejde med hverdagsrehabilitering. Vi finder flere ergo- end fysioterapeuter beskæftiget med hverdagsrehabilitering i kommunerne afspejlende at nogle kommuner foretrækker ergoterapeuter frem for fysioterapeuter i indsatsen. Vi finder mindre forskelle i de to gruppers oplevelse af arbejdet

---

<sup>12</sup> De fire begrundelser for at indføre hverdagsrehabilitering i kommunen er i spørgeskemaet opstillet som fire adskilte spørgsmål hver med svarmulighederne: I meget høj grad, i høj grad, delvist, i ringe grad og i meget ringe grad. Respondenterne har haft mulighed for at svare fx i høj grad til flere af spørgsmålene samtidigt.

med rehabilitering og resultaterne tyder på at ergoterapeuter er mere udfordret i samarbejdet med sygeplejerskerne end fysioterapeuter.

Vi finder at sygeplejerskerne generelt er dårligt integreret i det hverdagsrehabiliterende arbejde og har svært ved at finde deres rolle i samarbejdet med de andre grupper, herunder specielt med terapeuterne. Vi vurderer, at der er behov for at sygeplejerskerne får en mere fremtrædende placering i rehabiliteringsarbejdet. Det vil kræve, at der gøres plads til sygeplejefagligheden i forståelsen af rehabilitering og at sygeplejerskerne selv ser betydningen af dette og gør en indsats for at udforme og udfylde deres rolle.

Vores undersøgelse tyder på, at ledernes faglighed kan have en betydning for deres indstilling til hverdagsrehabilitering. Vi finder sådanne forskelle mellem gruppeledere med en sygeplejerskebaggrund og med en social- og sundhedsuddannelse. I betragtning af sygeplejerskers meget betydningsfuld placering på alle ledelsesmæssige niveauer i kommunernes hjemmepleje, er det ikke uinteressant, om sygeplejerskernes indstilling afspejler sig på andre ledelsesniveauer.



## 4.5 Inddragelse af borgernes mål

Borgerinddragelse og centrering af arbejdsindsatsen omkring borgerens behov står særdeles stærkt i den rehabiliterende tankegang (Rehabilitering i Danmark, 2004, Hjortbak et al., 2011 kap 4.). Det kan diskuteres om der overhovedet er tale om rehabilitering, hvis indsatsen ikke i et eller andet omfang tager udgangspunkt i borgerens behov og ønsker. I hvert fald dokumenterer nye kliniske retningslinjer på området (Jepsen et al. 2013), at der er en positiv effekt af en systematisk anvendelse af målsætning i rehabiliteringsarbejdet. Retningslinjerne er baseret på et review af 8 internationale studier, hvoraf de 7 viser positive effekter i form af øget helbredsbetonet livskvalitet, øget sandsynlighed for at forblive i eget hjem, bedre målopfyldelse, mindre afhængighed af hjælp til personlig pleje, mindre risiko for indlæggelser og/ eller kortere varighed af hjemmeplejeinterventioner. Retningslinjerne anbefaler, at rehabilitering i eget hjem inkluderer målsætninger, som foregår i et samarbejde mellem borger og fagperson.

I vores projekt har vi fundet, at det også havde stor betydning for medarbejdernes trivsel, om medarbejderne oplevede at borgerne blev hørt og inddraget i opstillingen af målene for hverdagsrehabiliteringen.

Den kvalitative undersøgelse viste store forskelle på, hvordan borgernes egne mål blev inddraget i arbejdet med hverdagsrehabilitering i kommunerne, og dette fund skærpede vores fokus på problematikken, og resulterede i et konkret spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen. Analyser af spørgeskemabesvareelserne har vist, at vores fund fra den kvalitative undersøgelse også kan genfindes kvantitativt.

Vi finder resultaterne væsentlige både for forståelsen af arbejdsmiljøet i forbindelse med hverdagsrehabilitering og for holdningen til hverdagsrehabilitering blandt borgere og pårørende. Der har været en stor interesse for problemstillingen både ved tilbagemeldingen i de enkelte kommuner, ved seminaret for kommunerne samlet og i projektets følgegruppe. Vi har blandt ledere og medarbejdere i kommunerne mødt en stor undren over, at problemstillingen med at inddrage borgernes mål kunne håndteres så forskelligt i kommuner, som havde det samme lovgrundlag for varetagelse af opgaven.

Vi har på den baggrund valgt at samle projektets hovedresultater om denne problemstilling i en artikel til 'Danske Kommuner'. Artiklen er på opfordring fra Danske Kommuners redaktør blevet omformet til en kronik. Kronikken blev bragt i Danske Kommuner nr. 23, 2014. Herunder gengives kronikken i sin fulde ordlyd<sup>13</sup>:

### 4.5.1 Kronik til Danske Kommuner

#### **Borgernes mål er afgørende**

Af Inger-Marie Wiegman, Hans Jørgen Limborg og Karen Albertsen, TeamArbejdsliv

(Wiegman et al., 2014)

*Sandsynligheden for at kommunerne lykkes med intentionerne i hverdagsrehabilitering er større, hvis medarbejderne får lov til at inddrage borgernes mål aktivt i arbejdet. Det viser et forskningsprojekt, som TeamArbejdsliv har gennemført sammen med fem kommuner.*

---

<sup>13</sup> I den offentliggjorte kronik er figuren af pladsmæssige grunde udeladt (inklusiv figurteksten og henvisningen til figuren i brødteksten).

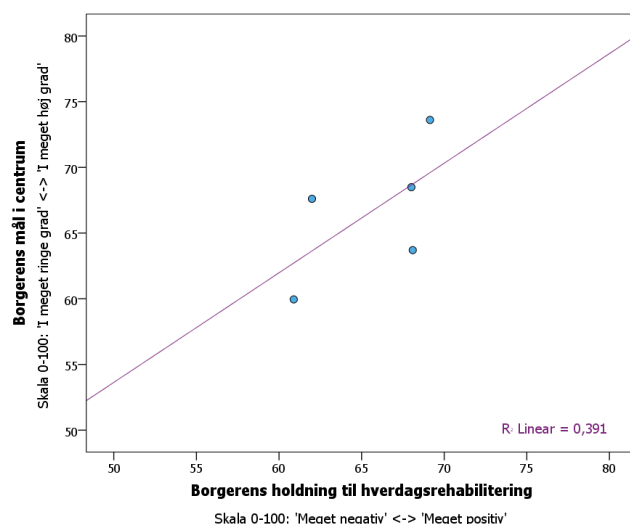
Hverdagsrehabilitering, hvor borgerne hjælpes til selv at kunne varetage opgaver, som tidligere blev udført af hjemmehjælpen, er under hastig udbredelse i hjemmeplejen i landets kommuner. Perspektivet er, at borgeren får øget sin livskvalitet ved at blive mindre afhængig, at kommunen sparer ressourcer, og at medarbejderne bruger deres faglighed og trives bedre.

I forskningsprojektet ReKoHveR<sup>14</sup> har vi fulgt implementeringen af en hverdagsrehabiliterende indsats i fem kommuner. Vi har spurgt til medarbejdernes oplevelse af, om borgernes mål er i centrum i rehabiliteringsarbejdet. Vi finder, at denne oplevelse hænger sammen med medarbejdernes tilfredshed med jobbet og med, om de oplever at bruge deres faglighed og levere god kvalitet. Projektet viser således, at medarbejdernes trivsel hænger tæt sammen med, om de oplever, at borgernes egne mål er i centrum for arbejdet med hverdagsrehabilitering.

Der er stor forskel på, hvor meget borgerne inddrages i fastlæggelsen af målene for rehabiliteringsindsatsen i de fem kommuner og i hvor høj grad, borgernes egne mål derved kommer i centrum for – eller overhovedet kommer i spil i – rehabiliteringsarbejdet.

I nogle kommuner bliver der kun visiteret rehabilitering (dvs. hjælp til træning eller udvikling) til mål og ydelser, som borgerne i kommunen ville kunne visiteres kompenserende hjælp til (fx toiletbesøg, bad, påklædning, rengøring). I andre kommuner visiteres rehabilitering også til aktiviteter, som der ikke i kommunen kan visiteres kompenserende hjælp til (fx havearbejde, indkøb eller deltagelse i sociale aktiviteter). Jo bredere, der kan visiteres, jo større er sandsynligheden for, at den enkelte borger kan mødes på sine egne mål.

Vores analyse viser, at forskellen mellem de fem kommuners visitering til hverdagsrehabilitering afspejler sig i medarbejdernes oplevelse af borgerens holdning til hverdagsrehabilitering. Jo højere grad medarbejderne i en kommune oplever, at borgerens mål er i centrum for den hverdagsrehabiliterende indsats, jo mere positivt oplever de borgernes holdning til hverdagsrehabilitering. Sammenhængen fremgår af nedenstående figur.



<sup>14</sup> ReKoHveR står for ”Relationel Koordinering i Hverdagsrehabilitering” og er et forskningsprojekt finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfonden. Projektet undersøger gennem interviews, observationer og spørgeskema visitorers, terapeuters, sygeplejerskers, social- og sundhedsmedarbejderes og gruppelederes oplevelse af arbejdet og samarbejdet i hjemmeplejen. I alt har 655 ansatte i hjemmeplejen i de fem kommuner besvaret spørgeskemaet.



*Figurtekst: Hver prik viser den gennemsnitlige score for medarbejdere i en kommune på spørgsmålet om, i hvilken grad borgerens mål er i centrum for den hverdagsrehabiliterende indsats (lodret) og på oplevelsen af borgerens holdning til hverdagsrehabilitering (vandret). R<sup>2</sup> angiver, hvor stor en del af borgernes holdning til hverdagsrehabilitering, der på kommuneniveau kan forklares af, i hvilken grad medarbejderne oplever, at borgerens mål er i centrum. I denne analyse er det 39 %, der kan forklares. I alt indgår svar fra 541 ansatte, der aktivt arbejder med hverdagsrehabilitering.*

Vi møder i nogle kommuner eksempler på, at en borgers mål om 'igen at kunne komme i svømmehal' tages alvorligt og bruges som motivation til at arbejde med delmålet 'selv at kunne gå i bad'. Og vi møder eksempler på, at en borgers ønske om at kunne deltage i sit barnebarns bryllup bruges som mål i en handlingsplan om at øge borgerens mobilitet. Svømmehalsbesøg og deltagelse i bryllupper indgår ikke i disse kommuners 'ydelseskatalog' som noget, der kan ydes kompenserende hjemmehjælp til, og borgeren (eller dennes pårørende) er ikke stillet i udsigt, at der efterfølgende vil blive ydet denne hjælp. Men ved visitering til hverdagsrehabilitering, opstilling af mål for indsatsen og i det daglige træningsarbejde kan visitator, terapeut og social- og sundhedsmedarbejder i disse kommuner sammen med borgeren alligevel arbejde ud fra borgerens eget mål.

I de kommuner, hvor der visiteres til rehabilitering ud fra meget snævre kriterier, har visitatorer, terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere ikke samme oplevelse af at kunne udfolde faglig kreativitet i arbejdet med hverdagsrehabilitering. En terapeut siger: "hvis vi ikke oplevede at rammerne var så stramme, så kunne vi måske motivere nogle af de borgere, hvor vi oplever modstand". En visitator siger: "formålet med indsatsen er det samme uanset hvad borgeren siger" og en anden visitator siger "vi tænker § 83 i forhold til ydelseskataloget, også når der bevilges rehab efter § 86", underforstået, at der ikke bevilges træning/udviklingshjælp til ydelser, som kommunen ikke i forvejen yder hjemmehjælp til.

Vi oplever, at disse kommuners tilbageholdenhed med at visitere bredt og derved gøre det muligt at tage borgernes egne mål alvorligt, i høj grad handler om en bekymring for, om borgerne vil opstille mål, som vil 'sprænge kommunens serviceniveau' og give borgerne forventninger om ydelser, som det af økonomiske grunde ikke er muligt at indfri. Vi møder blandt ledere og medarbejdere i disse kommuner en undren over, at borgernes egne målsætninger i andre kommuner ikke alene inddrages, men også reelt afspejler sig i de visiterede rehabiliteringsydelser.

Danske og internationale undersøgelser viser, at inddragelse af borgernes målsætning ved rehabilitering ikke medfører et ukontrollabelt ressourceforbrug, men tværtimod kan målrette samarbejdet og gøre rehabiliteringsforløbet effektivt. I en ny klinisk retningslinje (Jepsen et al 2013) anbefales derfor, at 'målsætning i samarbejde mellem borger og fagperson' inkluderes i rehabiliteringen af borgere + 65 år i eget hjem.

Vi vil derfor opfordre kommunerne til at have mod til at vise borgere og medarbejdere den tillid at lade medarbejderne inddrage borgerne i opstillingen af målene for rehabiliteringen, så borgernes mål reelt kan komme i centrum i arbejdet med hverdagsrehabilitering!

Når borgernes egne mål er i centrum, må man acceptere, at der kan være kommunale budgettilpasninger, som ikke kan opnås gennem hverdagsrehabilitering. Det er fx langt fra alle borgere, som har et dybfølt ønske om selv at kunne varetage rengøringen af deres bolig. Hvis kommunens serviceniveau ikke rækker til rengøring hos en borger, vil det være mere reelt at melde dette ud til borgeren frem for at lade medarbejderne forsøge at presse aktiviteten ind som et mål i en hverdagsrehabiliterende ramme. Dette kræver naturligvis også kommunalt mod.

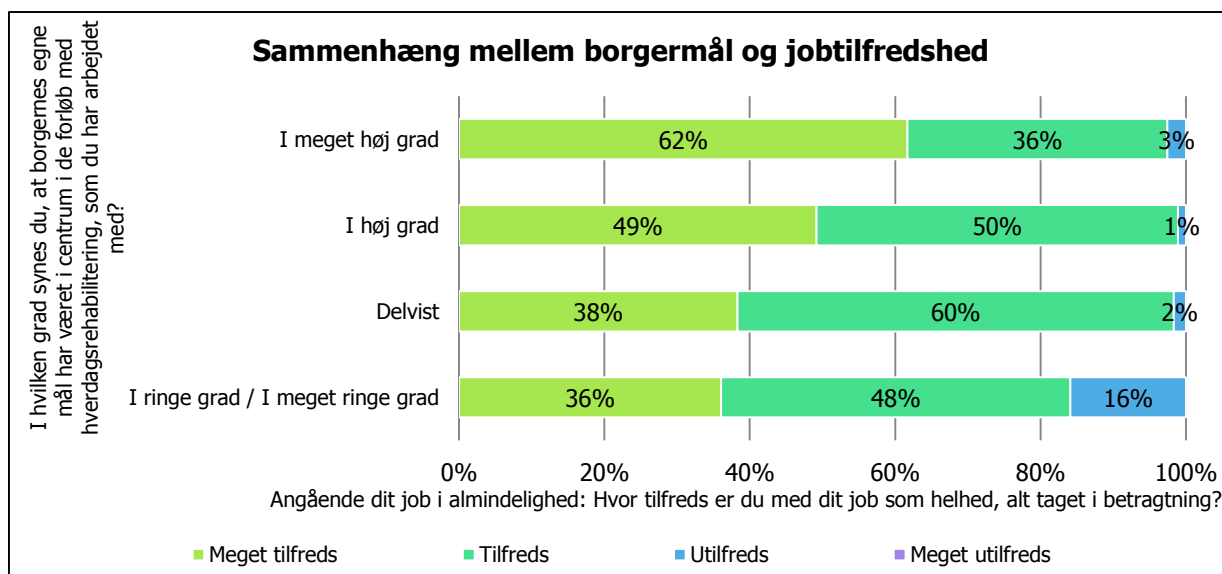


Det er vores vurdering, at de positive perspektiver i hverdagsrehabilitering let kan blive undermineret og skabe modstand både hos borgere, pårørende og medarbejdere, hvis kommunerne ikke udviser et sådan mod.



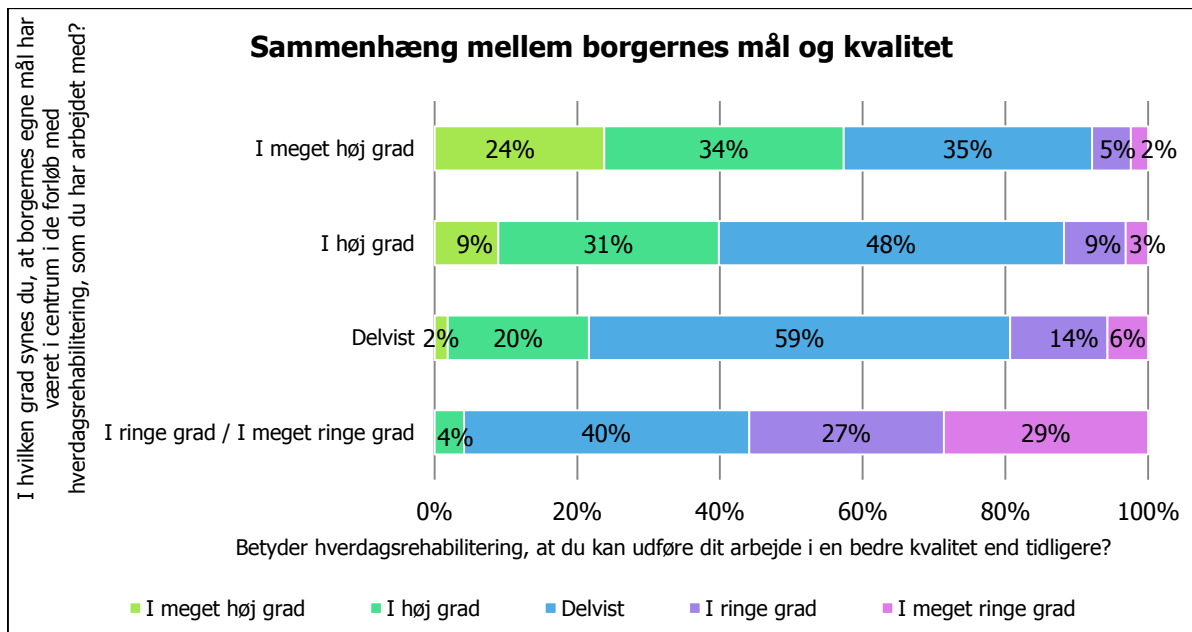
#### 4.5.2 Uddybende analyseresultater

Vi fandt en sammenhæng mellem respondenternes oplevelse af om borgernes mål var i centrum og deres generelle jobtilfredshed. Sammenhængen fremgår af figur 4.5.2.1.



Figur 4.5.2.1

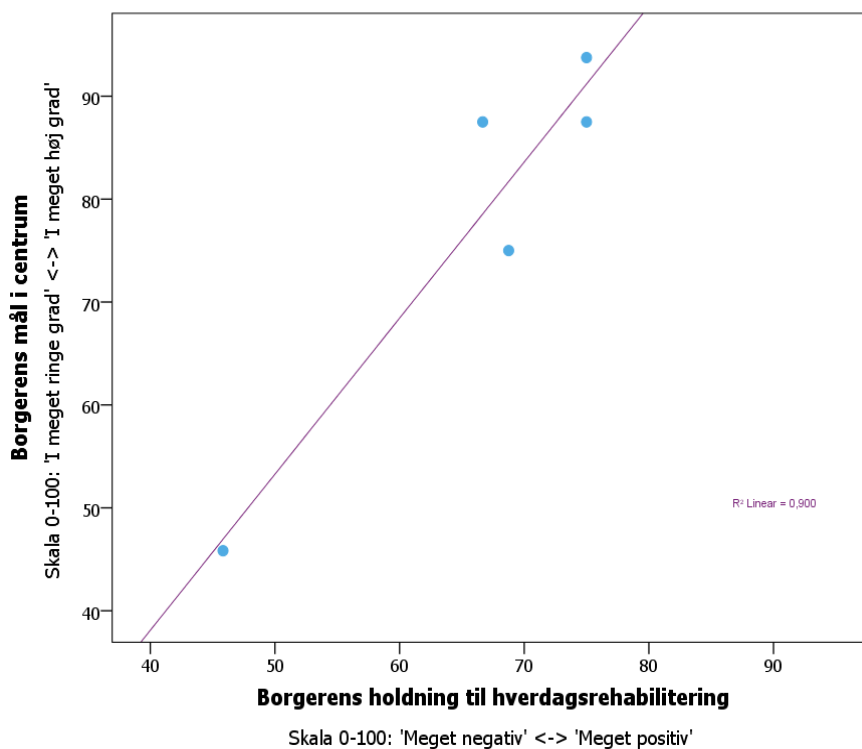
Vi fandt også en sammenhæng mellem respondenternes oplevelse af om borgernes mål var i centrum og henholdsvis deres vurdering af om hverdagsrehabilitering betød, at de kunne udføre deres arbejde i en bedre kvalitet end tidligere og at de brugte deres faglighed mere efter indførelsen af hverdagsrehabilitering. Disse sammenhænge var stort set ens. I figur 4.5.2.2 viser vi sammenhængen mellem borgernes mål og oplevet kvalitet.



Figur 4.5.2.2

En nærmere analyse af sammenhængen mellem medarbejdernes oplevelse af, at borgernes mål er i centrum og den holdning til hverdagsrehabilitering, som medarbejderne møder (figuren i kronikken) viser, at sammenhængen i forskelligt omfang genfindes hos alle fag- og funktionsgrupper – mest markant i terapeutgruppen. Nedenstående figur viser, at hvor det for alle ansatte er 39 % af borgernes holdning til hverdagsrehabilitering, der på kommuneniveau kan forklares af, i hvilken grad medarbejderne oplever, at borgerens mål er i centrum, så er det for terapeuterne 90 %. Det skal dog bemærkes, at antallet af terapeuter i hver kommune er meget lille, så figuren er baseret på i alt 31 besvarelser

#### TERAPEUTERNES OPLEVELSE I DE 5 KOMMUNER



Figur 4.5.2.3

Vores undersøgelser har vist, at terapeuterne havde en meget central rolle i kommunernes arbejde med hverdagsrehabilitering, både gennem deres eget arbejde med borgerne, gennem deres støtte til social- og sundhedsmedarbejdernes rehabiliterende arbejde, gennem deres samarbejde med visitatorer og gruppeledere og gennem deres rolle som projektledere, tovholdere og ressourcepersoner i kommunernes indsatser. Terapeuternes oplevelse af kommunens evne og vilje til reelt at inddrage borgernes mål i rehabiliteringsarbejdet vil derfor efter vores vurdering kunne have stor betydning for, hvorvidt kommunen faktisk lykkes med rehabiliteringsindsatsen.

#### 4.5.3 Sammenfatning og diskussion - forhold af betydning for om borgernes egne mål blev inddraget

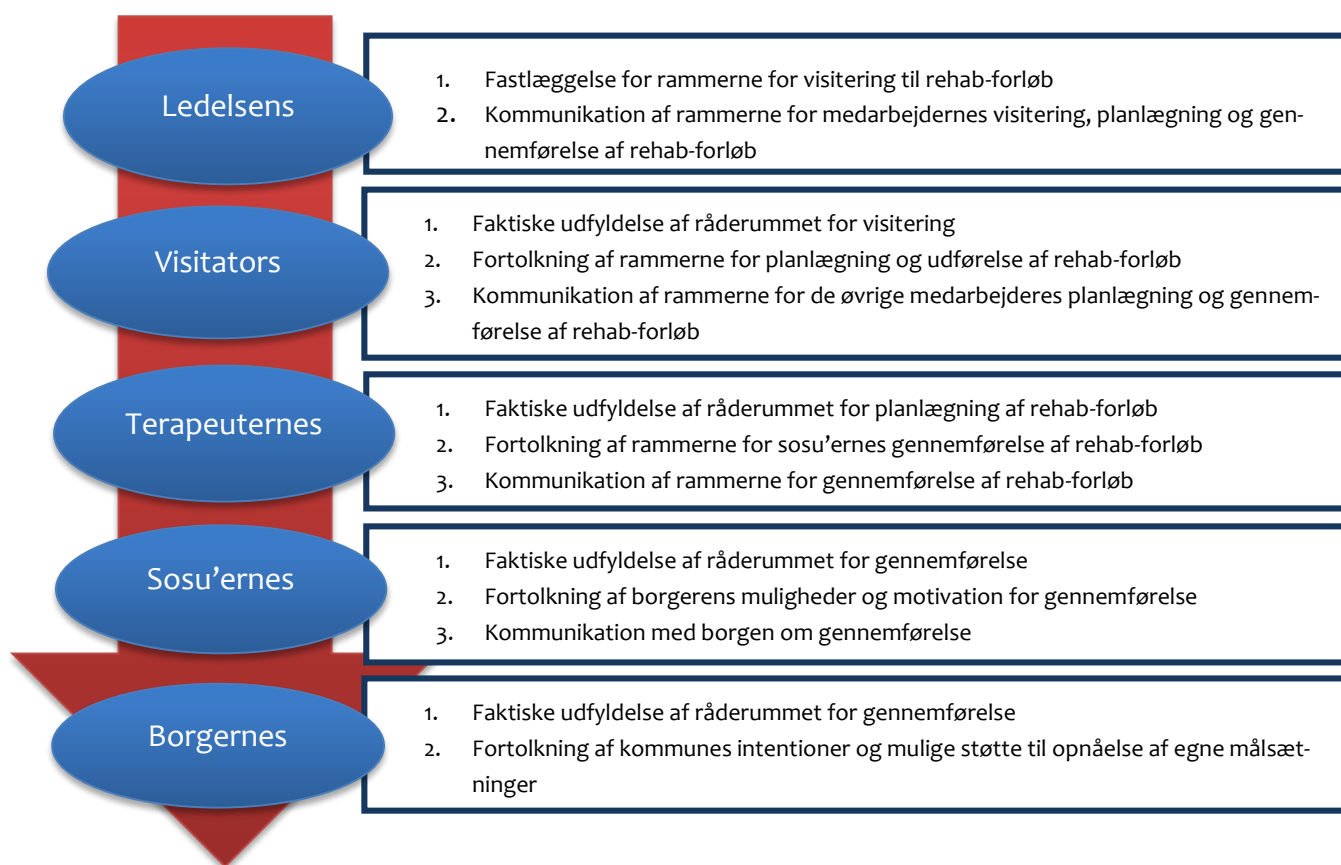
Resultaterne fra denne undersøgelse peger på, at spørgsmålet om, i hvilket omfang borgeren høres og inddrages i processen omkring at sætte mål for hverdagsrehabiliteringen, ikke alene har en betydning for sundheden og trivsel hos borgerne, men også for medarbejderne. Både kvalitative og kvantitative data viser sammenhæng med medarbejdernes trivsel og oplevelse af kvalitet i arbejdet og med medarbejdernes vurdering af borgerens indstilling og holdning til hverdagsrehabiliteringen.

Med den vægt kommunerne lægger på at få medarbejderne til at tænke i rehabiliterende baner, er det heller ikke overraskende, hvis netop dette spørgsmål opleves som en central del af kerneopgaven, og derfor hænger tæt sammen med oplevelsen af kvaliteten af det arbejde, der udføres.

Resultaterne viser samtidig, at der er betydelige forskelle på, i hvilken grad medarbejderne i de fem kommuner oplever, at det lykkes at få borgerens mål i centrum i det rehabiliterende arbejde. Det kan der være forskellige grunde til.

Vi har som beskrevet ovenfor fundet, at de rammer, som den enkelte kommune har fastlagt for visitering af borgere til en rehabiliterende indsats i hjemmeplejen, havde stor betydning for, i hvilken grad medarbejderne oplevede, at borgernes mål var inddraget i indsatsen.

Vi har i forbindelse med dataindsamlingen og drøftelser af resultater med ledere og medarbejdere i kommunerne hørt andre bud på, hvad der har haft betydning for, om borgernes egne mål kom i centrum og for, hvordan borgernes mål blev inddraget i rehabiliteringsarbejdet. Tilsammen giver de anledning til en række antagelser, som kan sammenfattes i en model skitseret herunder. I hvilken grad borgerens mål inddrages i det hverdagsrehabiliterende arbejde antages at være afhængigt af rammerne, forvaltningen af råderummet og kommunikationen på og imellem forskellige niveauer i systemet. På hvert niveau i systemet: mellem ledelse og de øvrige medarbejdergrupper, mellem visitationen og de øvrige medarbejdergrupper, mellem terapeuterne og social- og sundhedsmedarbejderne og mellem social- og sundhedsmedarbejderne og borgerne sker der dels en fastlæggelse af rammerne for aktiviteterne (visitering, planlægning og gennemførelse af rehabiliteringsforløbene), og der sker en specifik fortolkning og udfyldelse af det råderum, der på det pågældende niveau er til stede. Der sker også en kommunikation videre i systemet af mulighedsrummet på det næste niveau i systemet.



I det følgende giver vi nogle eksempler på, hvordan dette i praksis kan udspille sig på forskellige niveauer i systemet, og forslag til mere specifikke antagelser.

I nogle kommuner føler medarbejderne sig sikre på, at der kan foregå en dialog omkring visiteringen, og at reglerne kan bøjes, så de giver mening ift udviklingsmålene for den enkelte borger. Terapeut: *"Vi oplever ikke at møde en lukket dør ved visitationen, har vi udviklingsmål med, er vi næsten sikre på at få ydelsen, de er gode til at bøje reglerne hos os fx se ønske om at ordne have som en omvej til rengøring, eller fx svømmehal, der kan vi træne bad og til sidst tage med til det første besøg i svømmehallen."* I andre kommuner opleves denne fleksibilitet ikke som en mulighed.

*Antagelse: Kommunerne udlægger råderummet og fleksibiliteten for visitering til rehabilitering meget forskelligt. Den mest fleksible udlægning giver bedst mulighed for at inddrage borgeren i målsætningen.*

Det kan opleves som en forhindring for processen, hvis mål og handleplaner skal ligge helt fast, lige fra starten af et forløb. Nogle gange er det nødvendigt med lidt tid til at undersøge borgerens kapaciteter og motivation, før mål og handleplan kan fastlægges. I en kommune har de fundet en mulig løsning på denne vanskelighed. Terapeut: *"Vi har tre forskellige pakker, når visitationen undersøger emner [for rehabilitering] og terapeut, kontaktperson og sygeplejesker (i forskellige konstellationer) tager ud til borger: lille pakke 3 timer om ugen i 14 dage, mellem pakke og så stor pakke. Der bruges tværfagligt af disse pakker, dvs. alle faggrupperne*

*gør brug af den, først derefter skrives ansøgning, fx til individuel træning/sårpleje osv. til visitationen.” Denne tilgang finder andre kommuner på fællesseminaret inspirerende. En Social- og sundhedsmedarbejder fra en anden kommune siger: ”tilgangen med at vente med handleplan er inspirerende: tit sidder borger og skal træffe en masse andre beslutninger samtidig; fx valg af leverandør og vi oplever også, at borger ikke er så forberedt, men bagefter kommer i tanker om ting, de skulle have spurgt om.”*

*Antagelse: det vil være nemmere reelt at inddrage borgeren, hvis ikke målet med indsatsen skal fastlægges på det første møde med visitator.*

I nogle kommuner indgik borgerens motivation som en eksplicit forudsætning for, at der kunne visiteres til et rehabiliteringsforløb, mens der i andre kommuner skulle visiteres til ”rehab” uanset om borgeren var motiveret for det eller ej. Det havde selvfølgelig en stor betydning for visitatorernes råderum. Inden for råderummet har vi fundet, at den enkelte visitators fortolkning af råderummet kunne have betydning for, hvilken ydelse borgeren konkret blev visiteret til, og i næste række for borgerens motivation for at indgå i rehabiliteringsforløbet. En visitator i en ’restriktiv’ kommune udtrykte: ”borgernes mål kan måske godt være i centrum, selvom man holder sig til ydelserne, det handler om, hvordan man spørger”.

*Antagelse: den enkelte visitators administration af råderummet har betydning for i hvilken grad borgeren inddrages i målsætningen.*

Vi har set, at visitatorerne generelt havde en stor betydning for de andre faggruppers arbejde med rehabiliteringen i forhold til den enkelte borger. I betragtning af, at visitatorerne har denne nøglerolle og - som en seminardeltager formulerede det - er ”indgangsport” til hverdagsrehabiliteringen, har vi mødt en undren både blandt visitatorer og andre grupper over, at visitatorerne ikke i højere grad havde været involveret i kommunernes uddannelsesaktiviteter og at samarbejdet mellem visitatorer og de andre grupper ikke blev prioriteret højere. Nogle visitatorer oplevede ikke at have fået de nødvendige redskaber til at skabe motivation og oplevede at ’miste borgere, hvis de ikke kan fange borgerens mål’. I kommuner, hvor visitatorerne havde et formaliseret samarbejde med andre faggrupper, og fx mødtes med terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere, var der en oplevelse af, at ”der var en større forståelse, og at det var nemmere at komme igennem med særlige forhold omkring en borger.”

*Antagelse: visitatorernes uddannelse og inddragelse i rehabiliteringsindsatsen er afgørende for deres udfyldelse af råderummet og derigennem inddragelsen af borgerens målsætninger.*

Der benyttes i kommunerne forskellige værktøjer til afdækning af borgernes mål og ønsker. Nogle kommuner benytter systematisk redskaber baseret på COPM<sup>15</sup>, som forsøger at afdække hele borgerens situation. I nogle kommuner benyttes værktøjerne både af visitatorer og terapeuter, i andre primært af terapeuter.

*Antagelse: systematisk brug af redskaber til afdækning af borgerens situation blandt medarbejdere på alle niveauer i systemet kan bidrage til inddragelse af borgerens målsætninger.*

---

<sup>15</sup> (Canadian Occupational Performance measure) Dansk oversættelse ved Ane Andersen, Ulla Ross, Jytte Tjørnov og Eva Wæhrens, 2000. Revideret version af 3. udgave; revideret af Anette Enemark Larsen, MSCOT, 2007.

I en kommune, hvor visitatorer og terapeuter arbejder systematisk med afdækning af borgernes mål og hvor borgernes egne mål i høj grad tages alvorligt i tildelingen af rehabiliteringsydelsen, observerede vi, at målene ikke altid formidles til social- og sundhedsmedarbejderne, som derfor ikke inddrager borgernes mål i deres arbejde.

I en anden kommune formulerer en af lederne råderummet for udfyldelse af rammerne: "Det er fx i orden at gå en tur med borgeren, selvom det overordnede mål er, at borgeren skal blive i stand til at støvsuge selv."

*Antagelse: kommunikationen mellem de forskellige ledere og medarbejdere og mellem medarbejdergrupperne indbyrdes kan være afgørende for, om inddragelsen af borgerens målsætning føres ud i yderste led.*

Nogle medarbejdere beskriver det som en udfordring at få borgerne til at bruge fantasien i forhold til, hvad de ønsker sig og gerne vil opnå. Det kan være svært at undgå at komme til at lægge borgeren 'ord i munden'. Begreber som "ønskemål" eller "drømmemål" anvendes i nogle kommuner og kan være hjælpsomme til at skabe motivation og til at få borgeren til at formulere sine ønsker. Ønskemålene er som en formulerer det 'en driver'. En terapeut siger: "jeg starter med at spørge: hvad betyder noget for dig? det rykker så meget!". Det kom også frem i forbindelse med præsentationer fra projektet, at det er vigtigt at de mål, der bliver opstillet for borgeren, er realistiske at opnå, og at man kan benytte delmål aktivt for at gøre store mål overskuelige og fleksible.

I nogle kommuner er man opmærksomme på, at borgerens motivationen afhænger af, at hun tror på og føler sig tryk ved, at kunne selv (self-efficacy). En terapeut siger: "Vi ser også på 'bad for tryghed', så kan det ændres til at det aftales med borger, at borger går i bad kl ti minutter i 9 og kl 9 kommer sosu så, så der er en, når de er færdige. Derefter kan det ændres til telefonopkald og til sidst helt undværes." Og de er samtidig klar over, at det er en viden medarbejderne skal have: "Det er vigtigt, at dette kommunikeres ud til borger, men også mellem dem i driften og i sagsbehandlingen."

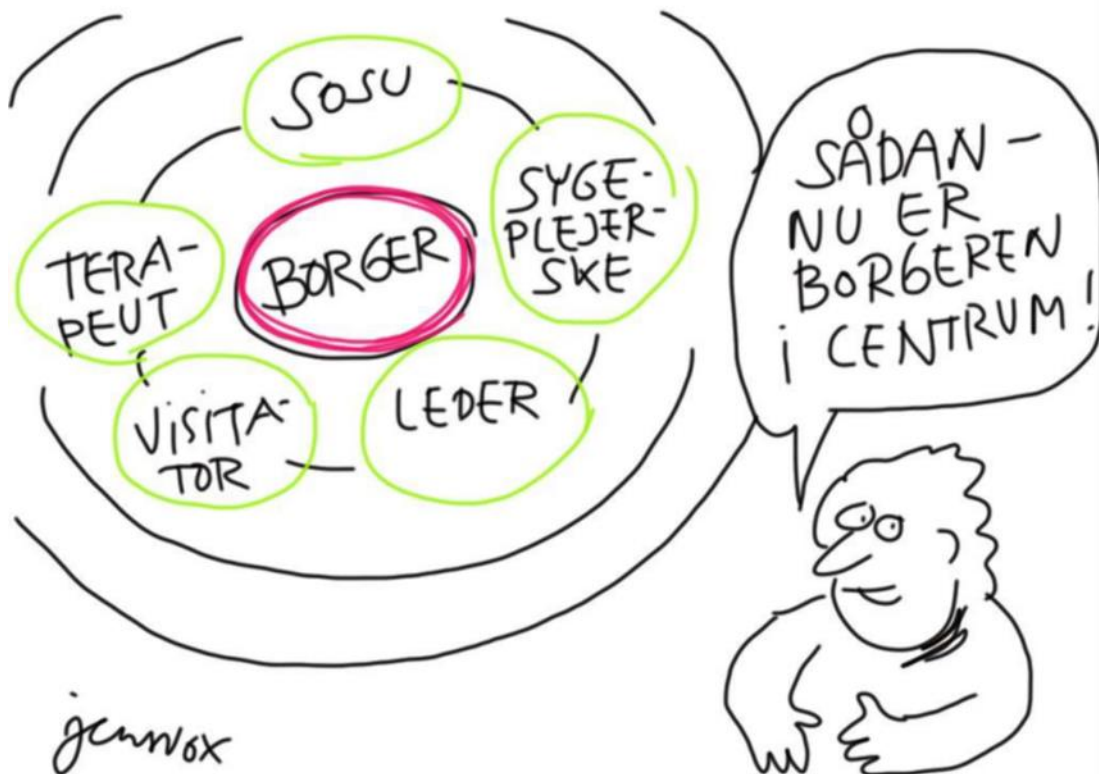
*Antagelse: Afdækning af borgerens målsætninger kan fordre viden om og aktivt arbejde med borgerens motivation.*



Det er ikke alle målsætninger, der er lige nærliggende for borgerne. Vi har flere steder set vanskeligheder opstå i kommunikationen, fordi medarbejdere forsøger at få borgeren til at acceptere rengøring, som et mål for rehabiliteringen. Det er de færreste borgere, der oplever stor motivation ift at blive i stand til at varetage rengøringen selv. Dog har vi også set et eksempel på, at det netop var varetagelse af rengøring, som stod på ønskelisten hos en borger. I en kommune har de taget konsekvensen af dette dilemma: "Vi har trukket rengøring ud. Det tilhører i stedet et andet system: kaldet 'husførsel', som kan hjælpe borger til fx at strukturere, så hele huset ikke gøres rent på samme dag, men tages i bidder over flere dage, men det er ikke del af rehab – kun hvis borger selv siger, at det er deres mål, det er meget sjældent oplevet."

Antagelse: Rengøring er sjældent et ønskemål for borgeren, og kan give modstand, hvis det blandes sammen med rehabilitering og borgernes egne målsætninger. Det kan med fordel sættes på dagsordenen i en anden ramme.

Som supplement til gennemgangen her se speciale om motivation i mødet mellem medarbejder og borger (Hjortebjerg, 2013).





## 5 PERSPEKTIVER I FORHOLD TIL KORTLÆGNING AF RELATIONEL KOORDINERING

### 5.1 Relationel koordinering som diagnostisk redskab

Målinger af relationel koordinering undersøger kvaliteten og karakteren af relationerne og kommunikationen omkring den arbejdsproces, der er i fokus. I afsnit 3.3.1. har vi beskrevet udviklingen af den version spørgeskemaet, som vi har anvendt i projektet. I afsnit 4.2.1. illustrerede vi, hvordan målinger af relationel koordinering kan afspejle den måde, hvorpå kommunerne har valgt at organisere arbejdet.

I dette afsnit beskrives, hvordan man kan opgøre den relationelle koordinering på forskellige måder, og dermed tegne et meget nuanceret billede af kvaliteten og karakteren af de relationer, man vil undersøge.

De 7 spørgsmål til måling af relationel koordinering blev præsenteret i afsnit 3.3.1. Spørgsmålene skal altid tilpasses i forhold til den arbejdsproces, som man er interesseret i at undersøge i den aktuelle sammenhæng. Og hvert spørgsmål skal stilles i relation til alle de fag- eller funktionsgrupper (eller afdelinger eller organisationer), hvis indbyrdes samarbejde, man er interesseret i at undersøge. Hver gang man inddrager en gruppe mere, skal man således stille 7 spørgsmål mere. I tekstboksen herunder er gengivet et eksempel på en besvarelse og scoring af det spørgsmål, der handler om fælles mål fra projekt Relationel Koordinering i hverdagsrehabilitering.

**Deler kollegaer i hver af disse grupper dine mål i arbejdet med borgerne?**

(Sæt ét kryds i hver linje)	Slet ikke	Lidt	Til dels	Meget	Fuldt ud
SOSU-medarbejderne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Sygeplejerskerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuterne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Visitatorerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lederne af hjemmeplejegrupperne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Point	0	25	50	75	100

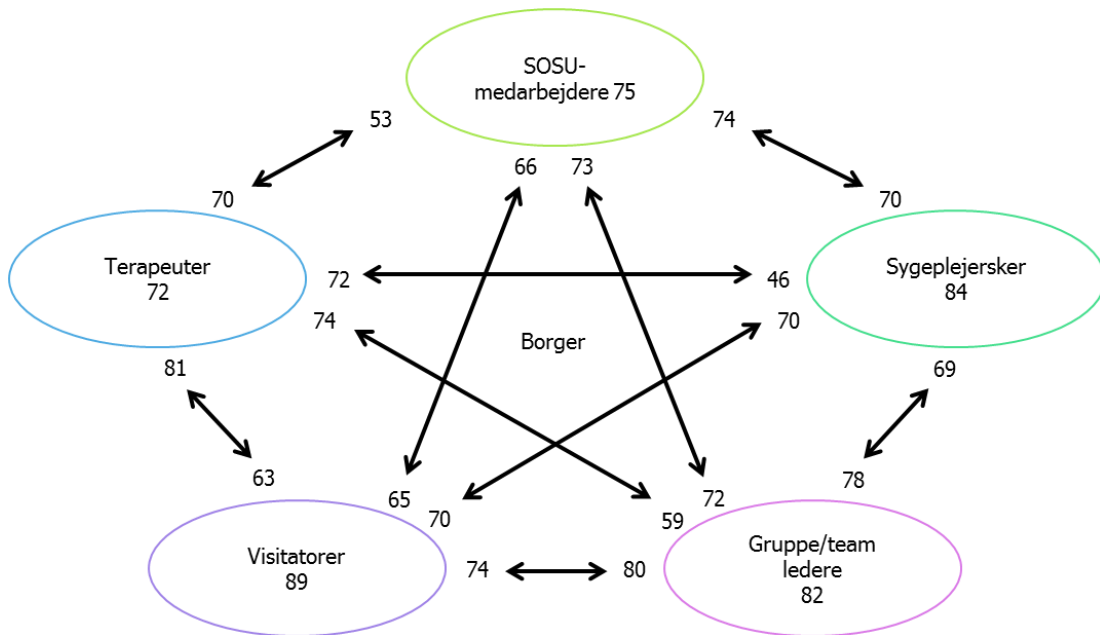
Point **fælles mål**:  $(75 + 50 + 75 + 50) / 5 = 70$

Eksempel på opsætning af spørgsmål og svarkategorier, samt scoring af svar for den dimension, der handler om fælles mål.

Resultaterne af undersøgelsen kan opgøres på flere forskellige måder. Man kan på basis af alle besvarelser for alle 7 dimensioner udregne en samlet gennemsnitlig score. Man kan også udregne en score for hver af de 7 dimensioner for sig, og man kan udregne en samlet score



for hver af de grupper, der indgår i undersøgelsen i relation til hver af de andre grupper. Fx terapeuternes vurdering af samarbejdet med visitatorerne. Endelig kan man for hver af de syv dimensioner udregne scoren for hver af de indgående grupper i relation til hver af de andre grupper. Fx sygeplejerskernes vurdering af fælles mål i relation til social- og sundhedsmedarbejderne. Figur 2 viser, hvordan hver af de funktionsgrupper, der indgik i projektet Relationel Koordinering i hverdagsrehabilitering vurderede den relationelle koordinering i forhold til egen gruppe og i forhold til hver af de andre grupper.



Figur 5.1.1.: Eksempel på kortlægning af den relationelle koordinering mellem fem faggrupper i én kommune. Scoren (mellem 0 og 100) inde i hver oval angiver den pågældende funktionsgruppes scoring af egen faggruppe. Scoren, som pilen peger på angiver, hvordan den pågældende funktionsgruppe er blevet scoret af den gruppe, pilen kommer fra. Visitatorerne har fx scoret relationen til terapeuterne til 81, mens terapeuterne omvendt har scoret relationen til visitatorerne til 63.

Figuren viser, hvordan de enkelte funktionsgrupper har scoret samarbejdet med hinanden og med egen funktionsgruppe i én af de fem kommuner. Det fremgår, at alle funktionsgrupper har scoret relationen til egen gruppe højere end til de andre grupper. Det er der ikke noget overraskende i. Dette genfinder man i de fleste undersøgelser af relationel koordinering. En anden ting, man kan se af figuren er, at de andre faggrupper (på nær visitatorerne) scorer relationen til sygeplejerskerne lavere end sygeplejerskerne scorer relationerne til dem. Dette er et resultat, vi genfinder i alle næsten alle kommuner, selvom de "stjernediagrammer" der fremkommer fra de enkelte kommuner er ret forskellige. Man kan også hæfte sig ved, at nogle af relationerne er meget asymmetriske. Fx scorer både social- og sundhedsmedarbejder og visitatorer relationen til terapeuterne langt højere end de selv bliver scoret af terapeuterne.

Hvis man bryder ned på de enkelte dimensioner af relationel koordinering og tegner et stjernediagram for hver af de syv dimensioner i relationel koordinering, så fremgår det, at der er forskelle mellem kommunerne på de forskellige dimensioner, og at forskellene ser ud til at afspejle, hvordan kommunerne har organiseret arbejdet (se afsnit 4.2.1).

Sammenfattende kan man sige, at en kortlægning af relationel koordinering er ret omfattende og ikke realistisk at integrere i en trivselsmåling, der dækker den samlede arbejdsplads. På den anden side kan man få meget detaljeret information om samarbejdsrelationerne ud af det.

Kortlægningen kan man med fordel bruge som udgangspunkt for en indsats til fremme af den relationelle koordinering. Hvis man fx på baggrund af en kortlægning finder frem til, at det halter med oplevelsen af fælles mål eller delt viden mellem sygeplejersker og terapeuter i bestemte grupper i hjemmeplejen, er det jo oplagte steder for ledelsen at sætte ind med mulige tiltag til forbedringer. Kortlægningen giver dog ikke i sig selv viden om, hvordan man konkret skal sætte ind.

## 5.2 Dialogbaseret arbejde med relationel koordinering

Det er muligt at arbejde dialogbaseret med den relationelle koordinering også uden at gennemføre en kvantitativ måling. I TeamArbejdsliv har vi gode erfaringer med at arbejde med en sådan metode både i offentlige og private virksomheder. Metoden blev præsenteret på en workshop på AM2013 og blev præsenteret og afprøvet på temadagen ”Styrk samarbejdet, løft opgaven – og gør arbejdsmiljøet bedre”, som ReKoHveR-projektet afholdt sammen med Branchearbejdsmiljørådet Social og sundhed i december 2013.

Man starter med at udpege den fælles arbejdsopgave, som man ønsker at fokusere på. Det er vigtigt, at der blandt de ansatte er en fælles forståelse af, hvad arbejdsopgaven går ud på. Det lyder måske indlysende, men erfaringen viser, at der i praksis ikke altid er en sådan fælles forståelse.

Dernæst identificerer medarbejderne de vigtigste samarbejdspartnere i løsningen af arbejdsopgaven. Der kan være mange samarbejdspartnere involveret, og alene det at gøre sig klart, hvem de vigtigste samarbejdspartnere er, kan skærpe opmærksomheden på, hvor mange forskellige grupper, der i praksis er involveret i arbejdet.

Når de vigtigste grupper er udpeget<sup>16</sup>, kan man gå videre med at vurdere de forskellige samarbejdsrelationer. Her vurderer de enkelte faggrupper/funktionsgrupper/enheder samarbejdsrelationerne med de andre grupper. Hvilke grupper er helt afgørende for varetagelsen af ens egen del af den fælles opgave? Hvilke samarbejdsrelationer fungerer godt og hvilke mindre godt eller helt utilfredsstillende? Hvad er det, der fungerer godt? Og hvad er det, der halter? Er det fælles mål eller manglende fælles viden, der er problemet eller er det respekten den er gal med? Hvordan fungerer kommunikationen i det daglige? Og når der er pres på?

Dialogen om disse emner er selvsagt sårbar og kan være vanskelig at få gang i. Det kan være svært at sige åbent, hvis der er en samarbejdsrelation, der halter. Her er det vigtigt at holde fast i, at det handler om det professionelle samarbejde, og ikke om, om medarbejderne kan lide hinanden. De forskellige medarbejdergrupper skal kunne samarbejde professionelt uanset, om de kan lide hinanden eller ej. At påpege at en samarbejdsrelation kan blive bedre, er derfor at tage ansvar for løsning af den fælles opgave.

Den sidste del af metoden går ud på helt konkret og helst på stedet at få skabt mulighed for dialog mellem dem af de tilstedeværende grupper, der ønsker det. Det sker i praksis ved at de enkelte grupper udarbejder et ”balkort” til hver af de grupper, de ønsker en dialog med.

---

<sup>16</sup> I praksis har vi ofte arbejdet med metoden i en organisatorisk sammenhæng, hvor de forskellige samarbejdspartnere (faggrupper/funktionsgrupper/afdelinger) var givet på forhånd og arbejdet derfor startede med vurderingen af relationerne med samarbejdspartnerne.

Alle grupper er forpligtede til at stille op til dialogerne – både til de dialoger, man selv har inviteret til og til dem, hvor det er samarbejdspartneren, som ønsker dialogen. Hvis der fx på et hospital er en sygeplejerskegruppe, som ikke oplever at samarbejdet med lægerne omkring lejrings på en operationsgang fungerer optimalt, kan de invitere lægerne til dialog, som lægerne er forpligtede til at deltage i. Ved at starte dialogen på stedet kan det blive muligt sammen at tage det første skridt til at forbedre kommunikation og samarbejdet gennem konkrete aftaler.

Det vil ofte være en fordel, hvis processen bliver faciliteret og ønskerne til dialog koordineret af en intern eller ekstern konsulent.

### **5.3 Relationel koordinering og social kapital**

Der er i forbindelse med projektet gennemført analyser af sammenhængen mellem Relationel koordinering og social kapital. Resultaterne er sammenfattet i et manuskript, som er indsendt til vurdering i Tidsskrift for Arbejdsliv. Men der foreligger ikke pt nogen afgørelse vedrørende publicering. Artiklens indhold kan derfor ikke gengives her. Manchet er gengivet nedenfor.

Titel: Social kapital og relationel koordinering – hvordan hænger det sammen?

Forfattere: Karen Albertsen, Ph.d., Inger-Marie Wiegman & Hans Jørgen Limborg, Ph.d.

Manchet: Hvordan hænger begreberne om social kapital og relationel koordinering sammen? I hvilken grad er der overensstemmelse mellem målinger af det ene og det andet, og kan man sige, at det ene er mere grundlæggende end det andet? Med udgangspunkt i data fra ældreplejen i fem danske kommuner undersøger vi disse spørgsmål. Resultaterne peger på, at der er tale om sammenhængende, men langt fra fuldt overlappende begreber. Resultaterne understøtter desuden en antagelse om, at social kapital medierer sammenhængen mellem relationel koordinering og hhv. psykisk velbefindende, involvering og oplevet kvalitet i arbejdet. Diskussionen af resultaterne lægger grunden for mere generelle overvejelser over karakteren og anvendeligheden af målingerne af social kapital og relationel koordinering.

## 6 REFERENCELISTE

Albertsen K., Wiegman I.M., Limborg H.J.: Social kapital og relationel koordinering – hvordan hænger det sammen? Artikel submitted til Tidsskrift for Arbejdsliv.

Albertsen, K., Jeppesen, D., Hvenegaard, H. (2012): Samarbejde om kerneopgaven. I: Sund Ledelse – 19 bud på god sygehusledelse. 41 Teoretikere og praktikere drøfter ledelsesudfordringer i sygehusvæsenet. Udgivet af Danske Regioner og Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet

Albertsen, K. og Wiegman, I.M. (2014): Relationel Koordinering- om tværfagligt samarbejde og kommunikation. Karnov HR Guide, No 3, September

Albertsen K. , Wiegman IM, Limborg HJ, Thörnfeldt C & Bjørner J (2014): "Quality of everyday re-habilitation in the home care – a question of relational coordination?". Conferencepaper, ODAM-NES konferencen, København August 2014

Arbejdstilsynet: Fremtidens arbejdsmiljø 2020. Fagligt grundlag for prioritering af arbejdsmiljøindsatsen (2010). 1. oplag

Baker, D.I., Gottschalk, M., Eng, C., Weber, S.; Tinetti, M.E. (2001). The design and implementation of a restorative care model for home care. The Gerontologist. 41 (2) 257-263

Borg, V., Clausen, T., Frandsen, C.L. & Winsløw, J.H (2005): Psykisk arbejdsmiljø i ældreplejen. For-SOSU rapport 4, Arbejdsmiljøinstituttet

Bækmark, H. (2010): Længst muligt i eget liv - sådan sikrer vi fortsat velfærd. Præsentation ved Innovationsprisen

<http://www.kl.dk/PageFiles/361599/4%20-%20Store%20opris%20-%20Fredericia%20Kommune'.pdf?epslanguage=da>

Clausen, C. & S. Jensen (2012). Hverdagsrehabilitering: Social- og sundhedshjælpernes faglighed i et anerkendelsesteoretisk perspektiv. Speciale Roskilde Universitet

Cramm, J.M and Nieboer, A.P. (2014): Productive Patient-Professional Interaction Improves the Well-Being of Chronically Ill Patients. Quality of Life Research

Danmarks Statistik: Befolkningens udvikling 2012, Oktober 2013

Edwards, K. (2014): Fra begreb til bundlinje, hvordan øger vi den relationelle koordinering – Evalueringsrapport. Udgivet af DTU Management Engineering, med støtte fra Center for Velfærdsledelse

Egan, M., Bambra, C., Petticrew, M. & Whitehead, M. (2008): Reviewing evidence on complex social interventions: appraising implementation in systematic reviews of the health effects of organizational-level workplace interventions. J Epidemiol. Community Health; doi: 10.1136/jech.2007.071233

Fremtidens arbejdsmiljø 2020 (2010). 1. oplag, Arbejdstilsynet

Fremtidens velfærd – vores valg (2005). Velfærdscommissionen

Gittel, J.H. (2003): The Southwest Airlines way – Using the power of relationships to achieve high performance. The McGraw-Hill Companies, Inc.

Gittell, J.H. (2008b): Relationships and resilience: Care provider responses to pressures from managed care. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 44(1): 25- 47

Gittell, J.H. (2009): High Performance Healthcare. Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience. Mc-Graw Hill, US

Gittell, J.H. (2012): Effektivitet i sundhedsvæsenet - samarbejde, fleksibilitet og kvalitet. Gyldendal Akademisk. [Oversat udgave af: High Performance Healthcare. Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience. Mc-Graw Hill, US]

Havens, D.S., Vasey, J., Gittell, J.H. and Lin, W. (2010): Relational Coordination Among Nurses and Other Providers: Impact on the Quality of Care. *Journal of Nursing Mgt*, 18: 926-937.

Hjortbak, BR, Bangshaab J, Johansen JS, Lund H (2011): Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Rehabiliteringsforum Danmark, November 2011

Hjortebjerg, J.M.M. (2013): Hverdagsrehabilitering og motivationsforhandling. Speciale i psykologi, Københavns Universitet

Hornstrup, C.& Johansen, T. (2013): Strategisk relationel ledelse. Systemisk ledelse af forandringer. Dansk Psykologisk Forlag.

Jepsen, B.G., Edqvist, I.E., Pai, M.I., Mahler, M., Garbøl, U., Wivel, L. Hundrup, Y. (2013): Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, med behov for hjælp til personlig pleje og/ eller praktisk hjælp i hverdagen. Center for Kliniske Retningslinjer.

Kjellberg J, Ibsen R. (2011): Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Kjellberg, P. K.: Fra pleje og omsorg til rehabilitering – Erfaringer fra Fredericia Kommune. Præsentation, DSI's evaluering. Fredericia Kommune, 17.01.11: [http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id\\_45979/ImageVaultHandler.aspx](http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_45979/ImageVaultHandler.aspx)

Kjellberg, P.K., Hauge-Helgestad, A., Madsen, M.H., Rasmussen, S.R.(2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. Socialstyrelsen. [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk).

Kristensen, T.S. (2010): Trivsel og produktivitet – to sider af samme sag. HK Danmark.

Kristensen T, Limborg HJ, Albertsen K & Pedersen, F. (2013): Jobbet eller arbejdspladsen – hvad betyder mest? En analyse af social kapital i folkeskoler. *Tidsskrift for arbejdsliv*, 15(3)

Levin, G.F., Alfonso, H.S., Alan J.J.(2013): Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical Interventions in Aging*. 8, 1273-1281

Moltke, H., Graff, H. (2014): Social kapital i organisationer – Ledelse, kommunikation og samarbejde. Forlag: Dansk Psykologisk Forlag, udgave 1

Månsson, M., Nordholm, A., Andersson, L., Mikaelsson, A. & Ekman, U. (2006): Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst. Rapport från FoU-Jämt, 1

Månsson, M. (2009): Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? Fortbildning AB/Tidningen äldreomsorg

Nyt fra Danmarks statistik nr. 219, 18. maj 2010

- Olesen, K.G., Toft E., Hasle P. & Kristensen, T.S. (2008): Virksomhedens sociale kapital. Arbejdsmiljørådet
- Orth, A. S. (2010): Hverdagsrehabilitering sparer 15 millioner. Danske fysioterapeuters hjemmeside: <http://fysio.dk/org/nyheder/Hverdagsrehabilitering-sparer-15-millioner/?print=1>
- Oshsner, M., Leana, C. & Appelbaum, E. (2009): Improving direct care work: Integrating theory, research and practice. White Paper – Alfred P. Sloan Foundation July, 29
- Pejtersen, J.H., Kristensen, T.S., Borg, V. & Bjorner, J.B.: The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II). *Scand J Public Health* 2010;38(Suppl 3):8–24
- Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet (2004). Rehabiliteringsforum Danmark. Marcelisborg Centret
- Sejbæk, C.S., Clausen, T., Carneiro, I.G., Borg, V. & Aust, B. (2010): Ændringer i det psykosociale og fysiske arbejdsmiljø i ældreplejen 2005-2008. SOSU rapport nr. 20. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
- Tinetti M., Baker D., Gallo W.T., Nanda A., Charpentier P., O'Leary J. (2002). Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *JAMA*. 287(16):2098–2105
- Weinberg, D.B., Lusenhop, W., Gittel, J.H. and Kautz, C. (2007): Coordination Between Formal Providers and Informal Caregivers. *Health Care Management Review*, 32(2): 140-150
- Wiegman; I.M., Limborg, H.J. & Albertsen, K. (2014): Borgernes mål er afgørende. *Kronik. Danske kommuner*, no 23