

# Tværfaglige teams i ældreplejen - mellem tværfaglighed og fagfaglighed

*- afrapportering af forskningsprojektet "Tværfagligt samarbejde i nye organisationsformer – faglighed og fagidentitet" (HOVEDRAPPORT)*

**November 2024**

Lektor, ph.d. Lisbeth Aaskov Falch  
Forskningsprogrammet "Sundhed, sygdom og kultur"  
Center for Sygepleje  
Professionshøjskolen Absalon

Lektor, ph.d. Lisbeth Hastrup  
Afdeling for Fagdidaktik  
Aarhus Universitet

A large, stylized red logo for Absalon University. The letters are bold and blocky, with some overlapping. The 'A' and 'S' are on the top row, 'O' and 'B' are on the second row, and 'L' and 'N' are on the third row. The 'N' is significantly larger and extends further to the right.

En særlig **TAK**



til kommuner, ledere, planlæggere, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter for at tage imod med åbenhed, gæstfrihed og engagement og for at dele viden og perspektiver på tværfaglighed og faglighed i de tværfaglige teams i ældreplejen.

**Tværfaglige teams i ældreplejen - mellem tværfaglighed og fagfaglighed** - afrapportering af forskningsprojektet "Tværfagligt samarbejde i nye organisationsformer – faglighed og fagidentitet" (HOVEDRAPPORT)

© Absalon og forfatterne, 2024  
Finansiering: Fremfærd Sundhed & Ældre  
ISBN: 978-87-974616-0-0

Professionshøjskolen Absalon  
Center for Sygepleje  
Forskningsprogrammet "Sundhed, sygdom og kultur"  
Sdr. Stationsvej 30  
4200 Slagelse  
[www.phabsalon.dk](http://www.phabsalon.dk)

Absalons publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



# Indholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>5</b>
<b>SAMMENFATNING</b> .....	<b>6</b>
<b>1. BESKRIVELSE AF FORSKNINGSPROJEKTET</b> .....	<b>8</b>
1.1. BAGGRUND.....	8
1.2. FOKUS OG FORMÅL.....	9
<b>2. HVORDAN TVÆRFAGLIGE TEAMS FUNGERER I TRE KOMMUNER SET FRA ET LEDELSES- OG ET MEDARBEJDERPERSPEKTIV</b> .....	<b>10</b>
2.1. HELHED & KONTINUITET.....	11
2.2. TO LOVGIVNINGER I ÉT TEAM.....	13
2.3. TVÆRFAGLIGHED .....	15
2.4. FAGLIGHED .....	20
2.5. LEDELSE .....	24
2.6. TEKNOLOGIER.....	28
2.7. PLANLÆGGER(E) .....	31
2.8. TID & RUM .....	35
<b>3. OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER TIL UDVIKLINGEN AF TVÆRFAGLIGE TEAMS</b> .....	<b>40</b>
3.1. HELHED & KONTINUITET .....	40
3.2. TO LOVGIVNINGER I ÉT TEAM.....	41
3.3. TVÆRFAGLIGHED.....	42
3.4. FAGLIGHED .....	42
3.5. LEDELSE .....	43
3.6. TEKNOLOGIER.....	43
3.7. PLANLÆGGER(E) .....	43
3.8. TID & RUM .....	44
<b>BILAG A: FORSKNINGSPROJEKTETS DESIGN OG METODE</b> .....	<b>45</b>
A.1. DEN KULTURTEORETISKE TILGANG .....	45
A.2. FASE 1 & 2.....	46
<b>BILAG B: BEGREBSAFKLARINGER OM FAGLIGHED OG SAMARBEJDSFORMER</b> .....	<b>48</b>
B.1. FAGLIGHED .....	48
B.2. FAGIDENTITET .....	48
B.3. TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE .....	48
<b>BILAG C: HVORFOR TVÆRFAGLIGE TEAMS?</b> .....	<b>50</b>
C.1. DEN NATIONALE MÅLSÆTNING .....	50
C.2. UDFORDRINGER OG INITIATIVER.....	50
C.3. ET RETNINGSSKIFTE I INITIATIVERNE .....	50
C.4. DEN INTERNATIONALE INSPIRATION .....	51
C.5. KOMMUNERNE KICKSTARTES .....	52



C.6. OPSUMMERING .....	52
------------------------	----

**BILAG D: DE TRE KOMMUNERS ORGANISERING AF ÆLDREPLEJEN OG DE TVÆRFAGLIGE TEAMS .....53**

D.1. KOMMUNERNE I TAL .....	53
D.2. ORGANISERINGEN AF ÆLDREPLEJEN .....	53
D.3. ORGANISERINGEN AF DE TVÆRFAGLIGE TEAMS .....	55
D.4. LOVGIVNING GÆLDENDE FOR DE TVÆRFAGLIGE TEAMS .....	57
D.5. FYSISKE RAMMER FOR DE TVÆRFAGLIGE TEAMS .....	57
D.6. LEDELSE AF DE TVÆRFAGLIGE TEAMS.....	59
D.7. PLANLÆGNING I DE TVÆRFAGLIGE TEAMS .....	59
D.8. MEDARBEJDETS SAMMENSÆTNING I DE TVÆRFAGLIGE TEAMS.....	61
D.9. TVÆRFAGLIGE FORA I DE TVÆRFAGLIGE TEAMS .....	61
D.10. OPSUMMERING.....	63

**REFERENCER.....65**



## Forord

Ældreformen betyder store forandringer for ældreplejen. Tværfaglige faste teams vil i høj grad være omdrejningspunktet for måden hvorpå arbejdet i ældreplejen organiseres. Her skal medarbejderne sammen med borgerne og de pårørende skabe sammenhæng og kvalitet i den daglige omsorg og pleje.

I denne rapport er det tværfaglige samarbejde i disse teams i fokus. Rapporten bygger på et forskningsprojekt bestående af feltobservationer og interviews i tre kommuner. Forskningsprojektet viser et øjebliksbillede af de tre kommuners potentialer og opmærksomhedspunkter. Overordnet peger rapporten på, at medarbejdere og ledere er positivt stemte i forhold til at arbejde i tværfaglige faste teams, hvor et større fokus på helhedspleje og kontinuitet både er meningsfuldt og skaber større arbejdsglæde og bedre kvalitet. Rapporten peger på otte opmærksomhedspunkter, som ledere og medarbejdere i ældreplejen kan diskutere og forholde sig til i arbejdet med organisering af tværfaglige faste teams.

I KL, DSR og FOA ønsker vi sammen at bidrage til udviklingen af fremtidens ældrepleje, og vi tror på, at et godt tværfagligt samarbejde i mindre teams kan være med til at sikre god kvalitet og større arbejdsglæde. Vi håber, at ledere og medarbejdere med denne rapport kan finde inspiration til arbejdet.

Vi vil gerne takke medarbejdere og ledere fra de tre deltagerkommuner, der har delt erfaringer med at arbejde i tværfaglige faste teams.

God læselyst

KL, DSR og FOA



# Sammenfatning

Den rapport er afrapporteringen af forskningsprojektet "Tværfagligt samarbejde i nye organisationsformer – faglighed og fagidentitet", der med afsæt i en kulturteoretisk tilgang har undersøgt:

*"Tværfaglige samarbejder og fællesskaber i tværfaglige teams på det kommunale sundheds- og ældreområde. Herunder hvordan hver faggruppes faglighed og fagidentitet udfoldes og bringes i spil i løsning af kerneopgaven".*

Undersøgelsen består af to faser.

**Fase 1** er en afdækning af udviklingen på ældreområdet i kommunerne i årene 2017-2022 på baggrund af et litteraturstudium gennemført i perioden januar - marts 2023.

**Fase 2** er en analyse af, hvordan det tværfaglige samarbejde fungerer i tværfaglige teams, og hvordan faglige kompetencer udfoldes og bringes i spil i en tværfaglig teamstruktur. Analysen er baseret på feltarbejde i tre kommuner i perioden september 2023 – januar 2024.

Rapportens opbygning er som følger:

- **Kapitel 1:** Beskrivelse af forskningsprojektets baggrund, fokus og formål.
- **Kapitel 2:** Analyse af hvordan det tværfaglige samarbejde fungerer i tværfaglige teams i ældreplejen i tre kommuner (fase 2).
- **Kapitel 3:** Opmærksomhedspunkter til brug i udviklingen af de tværfaglige teams i ældreplejen.

I den efterfølgende bilagsliste kan læses om:

- **Bilag A:** Forskningsprojektets design og metode.
- **Bilag B:** Afklaring af centrale begreber og modeller i forskningsprojektet.
- **Bilag C:** Afdækning af udviklingen på ældreområdet i kommunerne i årene 2017-2022 (fase 1).
- **Bilag D:** Gennemgang af de tre kommuners måde at organisere ældreplejen og de tværfaglige teams (fase 2).

[Det anbefales at læse bilagene for en uddybning af undersøgelsens grundlag og begrundelser.](#)

På baggrund af **fase 1's litteraturstudium** kan konkluderes følgende:

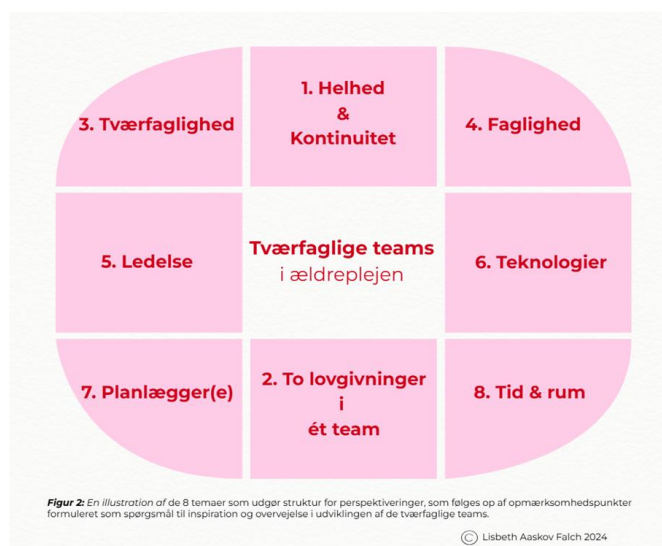
- At tværfaglige teams anses som en løsning på udfordringer i den kommunale ældrepleje med flere ældre og mangel på fagprofessionelle.
- At der i den politiske proces fra et statsligt perspektiv er søgt inspiration fra internationale modeller som den hollandske Buurtzorg-model og den svenske Västervik-model.
- At kommunerne på baggrund af den nationale agenda, understøttet af politiske aftaler og økonomiske puljer, er i gang med at organisere, afprøve og udvikle tværfaglige teams fra hver deres sted.



- At der eksisterer ganske sparsom forskning om de internationale modellernes anvendelse og virkning i andre kontekster. Det kalder på undersøgelser af, hvordan modellerne konkret kan oversættes og omsættes til ældreplejen i danske kommuner.

På baggrund af **fase 2's undersøgelse** kan konkluderes følgende:

- At ledere og medarbejdere deler de to centrale mål **"Helhed og Kontinuitet"** for den tværfaglige teamorganisering i ældreplejen. Samtidig kan helhed og kontinuitet forstås og organiseres på mange måder i praksis.
- At **"To lovgivninger i ét team"** Sundhedsloven og Servicelovens fastholdelse af faglige hierarkier mellem faggrupperne og skabelse af mellempositioner ikke understøtter de tværfaglige teams.
- At både ledere og medarbejdere ser potentialet og har viljen til **"Tværfaglighed"**, men det kræver tæt samarbejde, tid, rum og kendskab til hinandens fagfagligheder at sætte fælles prioriteringer og mål.
- At både ledere og medarbejdere er enige om, at **"Faglighed"** er afsættet for det tværfaglige samarbejde, og at det er nødvendigt med udvikling af alle fagligheder også i de tværfaglige teams. Det sker via fagfaglige fora, fagfaglig udvikling, men tværfaglighed er også en ny fællesfaglig kompetence.
- At ledernes rolle og **"Ledelse"** er vigtig og betydningsfuld for det tværfaglige samarbejde i de tværfaglige teams og for de enkelte medarbejdergrupper i forhold til fastholdelse. Lederne har stor frihed til selv at definere rolle og ledelsesstil, men hvad er det for særlige kompetencer, det forudsætter at lede samarbejdet i de tværfaglige teams i ældreplejen.
- At **"Teknologier"** er mere end blot teknologier og kan tydeliggøre og understøtte såvel faglige som tværfaglige opgaver, men også skabe og opretholde privilegier og hierarkier.
- At **"Planlægger(e)"** spiller en nøglerolle i de tværfaglige teams, også i forhold til medarbejdernes trivsel og engagement og dermed fastholdelse og rekruttering. De har ingen specifik formel uddannelse til den nøglerolle, de indtager i de tværfaglige teams.
- At det tværfaglige samarbejde i de tværfaglige teams kræver **"Tid & rum"**. Når rammerne i tid og rum ikke muliggør helhed og kontinuitet, kompenserer medarbejderne, og det kan skabe frustration.



# 1. Beskrivelse af forskningsprojektet

## 1.1. Baggrund

Det kommunale sundheds- og ældreområde er i disse år under gennemgribende forandring.

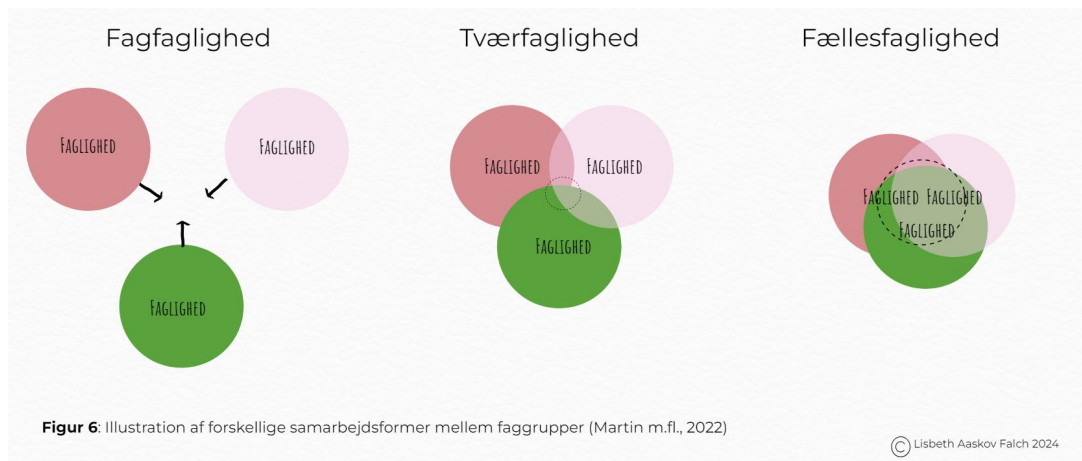
Den demografiske udvikling indebærer, at der bliver flere ældre, som lever længere (Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024a), samt at flere lever med kroniske sygdomme og multisygdom (Frølich, Olesen og Kristensen, 2017). Derudover sker der en opgaveglidning fra regioner til kommuner, hvor en større del af pleje-, behandlings- og rehabiliteringsforløbene foregår i borgernes hjem eller hjemkommune (Blom, 2014). Samtidig med at kompleksiteten i borgerforløbene på det kommunale sundheds- og ældreområde er steget (VIVE, 2018), stiger også antallet af borgere. Der er dermed brug for flere og bedre uddannede medarbejdere, men der er en mangel på flere af de faggrupper, der varetager netop pleje, behandling og rehabilitering til borgerne i eget hjem eller hjemkommune (Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024a).

Fra nationalt hold har det i de seneste år kaldt på at gentænke og udvikle sundheds- og ældreområdet med nye styringsmodeller og nye måder at organisere arbejdet på (Social- og Ældreministeriet, 2021a). Særligt har de tværfaglige teams vundet indpas som en måde at sikre, at borgeren møder færre og mere faste medarbejdere i eget hjem. Dette fremhæves både i Robusthedskommissionens anbefalinger (Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023) og senest aftalen om ældrereformen (Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024b).

I flere og flere kommuner arbejdes der med nye organiseringer i tværfaglige teams (VIVE, 2023), som kan styrke det tværfaglige samarbejde og bidrage til øget kvalitet i pleje og behandling af borgere med behov for komplekse løsninger (Social- og Ældreministeriet, 2022). Med de nye organiseringer synes ældreplejen at være på vej fra fagfaglighed mod tværfaglighed og flerfaglighed (figur 6). Ved fagfaglighed arbejder faggrupper med forskellige fagligheder side om side og uafhængigt af hinanden for at udføre deres del af den samlede opgave. De er typisk organiseret hver for sig og koordinerer uden at overskride faggrænser. Ved tværfaglighed arbejder faggrupper med forskellige fagligheder sammen om at løse opgaverne. Ofte med fælles formulerede mål. De er gensidigt afhængige, og faggruppernes egne fagligheder inddrages og anvendes for at opnå fælles mål. Fællesfaglighed er en videreudvikling af tværfaglighed, og her arbejder faggrupperne også sammen om at løse opgaverne med de fælles formulerede mål. Ved denne samarbejdsform overlapper faggrupperne i højere grad hinanden i opgaveløsningen. Faggruppernes fagligheder og faggrænser kan overskrides igennem samarbejdet, og der dannes en ny fællesfaglighed (Martin m.fl. 2022).







## 1.2. Fokus og formål

Forskningsprojektet "Tværfagligt samarbejde i nye organisationsformer – faglighed og fagidentitet" undersøger:

"Tværfaglige samarbejder og fællesskaber i tværfaglige teams på det kommunale sundheds- og ældreområde. Herunder hvordan hver faggruppes faglighed og fagidentitet udfoldes og bringes i spil i løsningen af kerneopgaven".

I undersøgelsen er der fokus på de faggrupper, som typisk er repræsenteret i de tværfaglige teams: social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter (Når de to sidstnævnte anvendes sammen, betegnes de herefter terapeuter). Kerneopgaven defineres som: "en kommunal enheds grundlæggende opgave med at skabe langsigtede effekter i form af værdi for den enkelte borger og/eller for samfundet" (Fremfærd, 2016). De tværfaglige teams tillægges både ordene "mindre", "faste" og "selvstyrende", afhængigt af, hvad der lægges vægt på i forskellige sammenhænge. I rapporten bruges "tværfaglige" teams som en fællesbetegnelse.

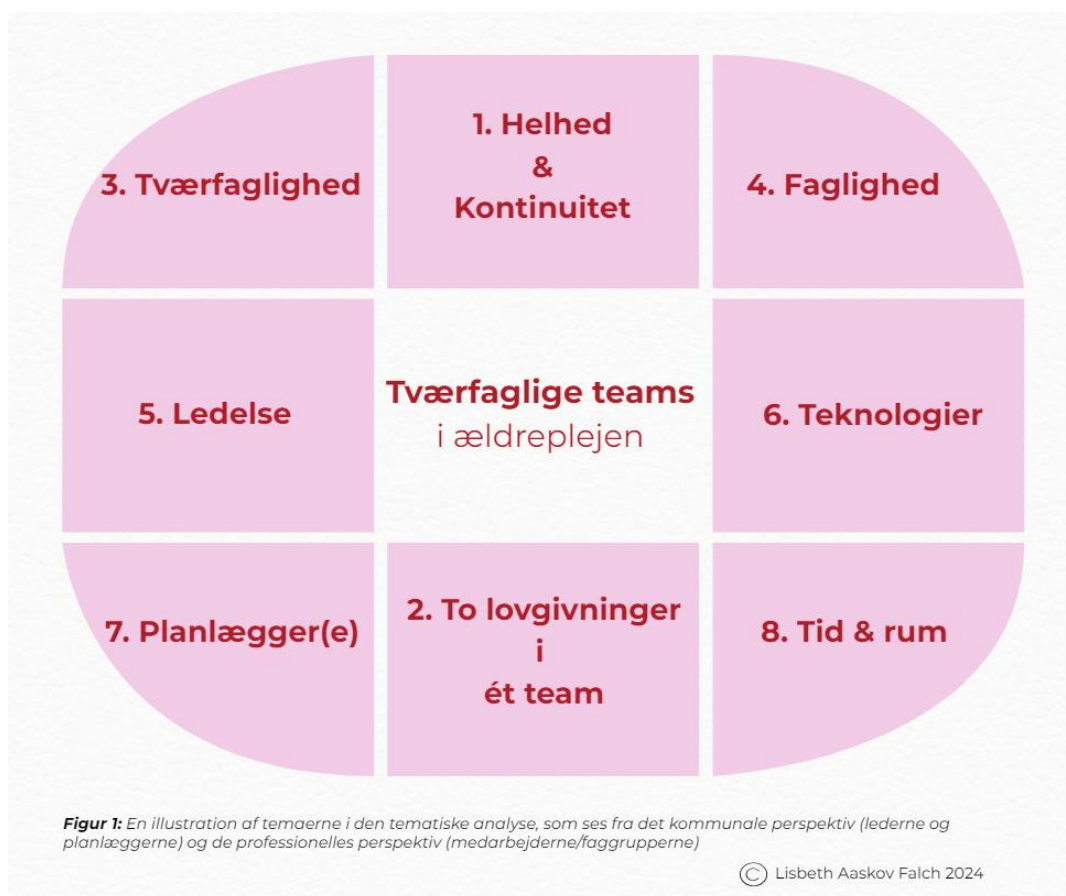
Formålet med forskningsprojektet er: "at bidrage med viden om, hvordan nye organiseringer kan styrke og understøtte det tværfaglige samarbejde om kerneopgaven. Derudover skal projektet bidrage med perspektiver på, hvordan vi bedst muligt bringer alle faggruppers kompetencer og fællesskaber i spil i det tværfaglige samarbejde" (Projektbeskrivelsen, 2023)

Undersøgelsen benytter en kulturteoretisk tilgang og anvender metodisk både et litteraturstudie og feltarbejde i tre kommuner. Tilgang og metode er beskrevet i **bilag A**. Centrale begreber og modeller i forskningsprojektet er afklaret i **bilag B**. Forskningsprojektet består af to faser, hvoraf resultaterne af fase 1's afdækning er beskrevet i **bilag C**, mens gennemgang af de tre deltagende kommuners organisering af ældreplejen og tværfaglige teams er beskrevet i **bilag D**. [Det anbefales at læse bilagene for en uddybning af undersøgelsens grundlag og begrundelser.](#)

## 2. Hvordan tværfaglige teams fungerer i tre kommuner set fra et ledelses- og et medarbejderperspektiv

I kapitlet udfoldes den tematiske analyse af tre kommuners organisering af tværfaglige teams. Analysen er baseret på feltarbejde i en provins-, storby- og oplandskommune (se bilag A og bilag D). Den er foretaget som temaanalyser på tværs af de tre kommuner. Hver temaanalyse er set fra henholdsvis et kommunalt perspektiv, repræsenteret af ledere og planlæggere, og et fagprofessionelt perspektiv, repræsenterer af medarbejdere fra de fem faggrupper.

De otte temaer rundt om de tværfaglige teams (figur 1) er valgt som struktur i tråd med fokuspunkter fra projektets fase 2 (bilag D). Tilsammen kaster de lys over, hvordan de tværfaglige teams med målene om helhed og kontinuitet bringer medarbejdere med hver faggruppes faglighed og fagidentitet i spil i løsningen af kerneopgaven. Det sker indenfor den eksisterende nationale rammesætning af ældreplejen mellem Sundhedslov og Servicelov og i tråd med de lokale kommunale organiserings- og samarbejdsformer, hvor ledere og planlæggere rammesætter og fordele medarbejdernes opgaver i tid og rum med anvendelsen af teknologier til transport, kommunikation og behandling. Hver temaanalyse inddrager først lederens (planlæggerens) perspektiv og dernæst medarbejdernes perspektiv og afsluttes med en opsummering.



## 2.1. Helhed & kontinuitet

### 2.1.1. Ledernes perspektiv

Lederne fremhæver i tråd med den nationale agenda (bilag C), at de tværfaglige teams i både Sundheds- og Servicelovsopgaver skal bidrage til helhed og kontinuitet i borgerforløbene.

#### HELHED

Fra et kommunalt ledelsesperspektiv handler helhed om en forandring fra, at medarbejderne med forskellige fagligheder arbejder parallelt med hver deres mål i en fagfaglig organisering, til at de arbejder sammen i en tværfaglig organisering med de samme mål. En leder siger: *”i dag i det tværfaglige, der har vi fælles mål, og så gør vi hver vores ting for at nå fællesmålet”*. I modsætning til tidligere hvor: *”de (forskellige faggrupper) snakkede jo ikke sammen. Man nåede ingen vegne”* (Leder, Kommune 1). I kommunerne forsøger man i dagvagten at skabe helhed ved, at en medarbejder varetager så mange opgaver som muligt hos samme borger. I kommune 1 og 3 med lange afstande mellem borgerne (bilag D, figur 7, s. 52) er dette en væsentlig besparelse i tid og transport. Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter oplæres derfor i sygeplejespecifikke opgaver, så de kan *”tage hele pakken”*. En leder fortæller: *”For eksempel nu med sondeernæringen, der oplærte vi faktisk også hjælperne”* (Leder, Kommune 1). For sygeplejersker eller terapeuter kan helhed betyde, at de under borgerbesøg udfører opgaver som at stille mad frem, så en social- og sundhedshjælper ikke behøver at komme senere.

#### KONTINUITET

Med kontinuitet forstås i kommunerne, at borgerne så vidt muligt møder de samme medarbejdere i deres hjem. Dette opnås ved at organisere kørelister for social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter på forskelligvis. I kommune 1 deles to social- og sundhedshjælpere eller to social- og sundhedsassistenter om den samme køreliste, så de dækker ind for hinanden. I kommune 2 er der mellem 3-7 social- og sundhedshjælpere, som forventes at kunne tage alle kørelister i teamet, mens der kun er en fast social- og sundhedsassistentrute. I kommune 3 forsøger man så vidt muligt, at det er de samme social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, som kommer hos borgeren, men da alle kørelisterne skal være dækket ind, kan det ikke altid lade sig gøre. I kommune 1 og 3 er social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter faste kontaktpersoner for et vist antal borgere. I kommune 2 har man tidligere haft faste kontaktpersoner, men i dag er alle medarbejdere i de tværfaglige teams kontaktpersoner for alle teamets borgere. Det afgøres her fra besøg til besøg, hvilke social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter fra teamet, der tager sig af opgaverne hos borgeren.

Målet om kontinuitet lader sig bedst praktisere for social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, mens sygeplejerskerne i de tre kommuner ikke i samme grad har mulighed for at have faste borgere. Der er typisk kun én sygeplejerske til stede i hver af de tværfaglige teams, hvorfor sygeplejersken tildeles borgere med netop brug for sygeplejefaglige kompetencer. Hvis sygeplejerskerne har for mange opgaver, forsøges de uddelegeret til social- og sundhedsassistenterne. I kommune 1 indgår én ergoterapeut og én fysioterapeut i teamet. De har ligesom sygeplejerskerne kørelister med borgere, der har brug for deres særlige faglige kompetencer.



### 2.1.2. Medarbejdernes perspektiv

Medarbejderne fremhæver ligesom lederne, at forandringen fra fagfaglighed til tværfaglighed i deres teams skaber mere helhed og kontinuitet for dem og i borgerforløbene.

#### MENINGSFULDT

For mange medarbejderne er netop helheden og den kontinuitet, der ligger i at møde borgerne i deres eget hjem gennem lang tid, grunden til, at de arbejder i ældreplejen. Som en social- og sundhedshjælper begrundet det: *“helhedsplejen, at du har det hele”* og *“du lærer borgerne at kende rigtig godt”* (Social- og sundhedshjælper, Kommune 3). En social- og sundhedsassistent har oplevelsen at blive som et slags *“familiemedlem, fordi man kommer der rigtig meget”* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 3). En social- og sundhedshjælper fremhæver fordelene ved, at hun kan *“lave aftaler med borgeren”* flere dage frem, fordi hun kommer fast hver dag (Feltnoter, Kommune 2). Medarbejderne på tværs af kommunerne oplever desuden, at borgerne sætter pris på, at det er de samme, der kommer dagligt i deres hjem. Medarbejderne nuancerer samtidig målet om kontinuitet i borgerforløbene ud fra deres oplevelser hos borgerne.

#### IKKE FOR ENHVER PRIS

Social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter oplever, at nogle borgere insisterer på at tale med bestemte fagprofessionelle, ofte en sygeplejerske, til drøftelse af medicin eller sygdomsproblematik. Det er særligt de ældre borgere, som har været vant til, at det er en sygeplejerske, som de taler med. Derimod kender de ikke i samme omfang f.eks. social- og sundhedsassistenterne, og hvad de kan. Det oplever en social- og sundhedsassistent som *“frustrerende”*, da hun ofte kan hjælpe borgerne lige så godt som sygeplejersken (Feltnoter, Kommune 1). Kontinuitet er dermed vigtig for borgerne, men ikke for enhver pris.

#### KAN SKABE KONFLIKTER

Målet om kontinuitet kan kolliderer med de kommunale kvalitetsstandarders krav om, at en bestemt opgave skal varetages af en medarbejder med en specifik faglighed. En social- og sundhedsassistent oplevede at få frataget en borger, som hun gennem mange år dagligt havde givet sondeernæring, fordi den nyeste kvalitetsstandard foreskrev, at den opgave fremover skulle varetages af en sygeplejerske. Borgeren blev så ulykkelig, at social- og sundhedsassistenten fik ham tilbage (Feltnoter, Kommune 2). En sygeplejerske, som skal overtage en opgave, kan også opleve frustration: *“det er jo også frustrerende som sygeplejerske at sidde og sige: hvorfor skal jeg komme ud til den her borger, når der er en assistent i hjemmet, til at gøre en anden ting, fordi de ikke kan få lov at gøre den her ting, som de har gjort rigtig længe”* (Sygeplejerske, Kommune 2).

#### FAST ELLER FLYVER

Flere social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter har på tværs af kommunerne valgt at være *“flyver”*. Det vil sige, at de ikke har en fast køreliste eller faste borgere, men får de *“ledige”* kørelister og borgere, som skal dækkes den pågældende dag. En social- og sundhedshjælper har valgt at være flyver, fordi hun ville køre *“dødtræt”* i at høre på de samme replikker fra



borgerne og de samme svar fra hende selv (Feltnoter, Kommune 1). Det handler også om, at social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter oplever, at det kan være psykisk hårdt at komme hos bestemte borgere. Flyvernes fleksibilitet giver luft i teamet. En social- og sundhedshjælper fortæller desuden, at opdaterede døgnrytme- og plejeplaner i et team kan gøre, at borgerne mærker fælles mål og plan på tværs af de faggrupper og enkelte medarbejdere, som de møder (Feltnoter, Kommune 1). Sygeplejersker (og terapeuter i kommune 1) er ikke flyvere, da der typisk kun er én fra hver af deres faggruppe i teamet, og dermed kun en køreliste.

### 2.1.3. Opsummering

Fra ledernes perspektiv skal de tværfaglige teams bidrage til skabelse af helhed og kontinuitet i både Sundheds- og Servicelovsopgaver i borgernes forløb. Helhed skabes ved at sætte fælles mål for borgerforløbet og ved, at hver enkelt medarbejder løser flest mulige opgaver hos hver enkelt borger. Målet om kontinuitet for borgerne indfries først og fremmest af social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, gennem den måde deres kørelister planlægges. I de tre kommuner varierer det mellem, at enkelte social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter eller hele teams har faste kørelister. I to kommuner arbejdes med kontaktpersoner, mens en kommune har gjort alle i et team til kontaktperson. Sygeplejersker og terapeuter indgår ikke i samme grad i faste kørelister, men bruges der, hvor deres faglige kompetencer er nødvendige.

Fra medarbejdernes perspektiv er helhed og kontinuitet meningsfuldt for både dem og borgerne. De oplever dog, at borgerne i nogle tilfælde efterspørger bestemte fagligheder. Kommunale kvalitetsstandarders krav om specifik faglighed kan udfordre kontinuiteten og give anledning til frustration hos medarbejderne. Nogle medarbejdere fravælger bevidst kontinuiteten for at undgå, at borgerkontakten bliver for ensformig og psykisk belastende.

## 2.2. To lovgivninger i ét team

### 2.2.1. Ledernes perspektiv

Med organiseringen i tværfaglige teams er der, i alle tre kommuner sket en sammenlægning af hjemmesygepleje og hjemmehjælp og dermed administrativt af Sundhedsloven og Serviceloven. Ældreplejens medarbejdere løfter sammen ansvar og opgaver men defineret af to lovgivninger med hver deres krav til standarder, dokumentation, og hvem der må udføre hvilke opgaver<sup>1</sup>.

### HVEM KAN HVAD

De tværfaglige teams arbejder efter to love, hvilket stiller krav til lederne om at have styr på, hvilke kompetencer de forskellige faggrupper har og skal have for at opfylde kravene og standarderne i de to love, samt hvilke opgaver de forskellige faggrupper kan varetage. Lederen i kommune 1 løser denne udfordring ved at være meget tæt på medarbejderne. Hun kender og udvikler strategisk hver enkelt medarbejders faglige og personlige kompetencer, mens lederen i kommune 2 arbejder med inddeling af medarbejderne på baggrund af kompetenceprofiler for faggrupperne. For lederen i kommune 3 har det krævet en indsats at opnå viden om de faggrupper,

<sup>1</sup> Vi forholder os ikke til lovgivningen, men har set på, hvordan den opleves i de tre kommuner.

hun tidligere ikke har ledet. Hun fortæller om ergoterapeuten: *“det jeg har skulle arbejde med, det er jo det der med, hvad fanden laver en ergoterapeut? Det aner jeg jo ikke noget om. Jeg ved jo godt, hvad en hjælper og en assistent og en sygeplejerske laver, for dem er jeg jo ret tæt på. (...) Så det der med at være åben og nysgerrig og rent faktisk interessere sig for, hvad er det en ergoterapeut kan, og hvad er det, hun kan lykkes med”* (Leder, Kommune 3).

## BALANCEN MELLEM SUNDHEDSLOVS- & SERVICELOVSOPGAVER

I kommune 2 oplever lederen, at det kræver overvejelser i tilrettelæggelsen af arbejdet at finde balancen mellem opgaver under Sundhedsloven og Serviceloven, særligt for social- og sundhedsassistenterne. De har nemlig kompetencer til at løser begge slags opgaver. Lederen siger om social- og sundhedsassistenterne: *“de kører jo både Servicelov og Sundhedslov. Og det er noget med procentdel. De ved udmærket godt, hvor meget procent de skal arbejde Servicelov, og hvor meget de skal arbejde Sundhedslov”* og *“Ja, de skal nok sige til, hvis de føler, at de har fået for meget Servicelov på deres lister”* (Leder, Kommune 2).

### 2.2.2. Medarbejdernes perspektiv

Medarbejderne i de tværfaglige teams oplever, at Sundhedslovs- eller Servicelovsopgaver giver forskellige samarbejdskonstellationer og udfordringer i teamet og for de forskellige faggrupper.

## FORSKELLIGE SAMARBEJDSKONSTELLATIONER

De tværfaglige teams skaber forskellige samarbejdskonstellationer mellem faggrupperne. Det er meget tydeligt i kommune 2, hvor der er et tæt samarbejde mellem henholdsvis social- og sundhedshjælpere og terapeuter, og mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Social- og sundhedshjælpere og terapeuter er således sammen om Servicelovsopgaver om hverdagsrehabiliteringen. Terapeuterne opstarter dem, mens social- og sundhedshjælpere oplæres og overtager forløbet hos borgeren. Hverdagsterapeuten ser derfor også social- og sundhedshjælperne, som hendes nærmeste samarbejdspartner. Hun siger: *“jeg synes, at på vores forløb er det oftest hjælperne”* (Hverdagsterapeut, Kommune 2). Også i kommune 1 arbejder terapeuterne tæt sammen med social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har derimod et tæt samarbejde omkring Sundhedslovsopgaver. En sygeplejerske fortæller: *“Der arbejder jeg mest sammen med social- og sundhedsassistenterne, for det er dem, vi sidder sammen med om morgenen også på kontoret, og vi deler jo opgaver. Altså hvis der ikke er sygeplejersker nok til stede, så hjælper assistenterne tit og ofte med at tage nogle af sygeplejerskeopgaverne. Og omvendt, hvis der ikke er assistenter nok, så kører vi jo også en del af de besøg, som assistenterne plejer at tage”* (Sygeplejerske, Kommune 2).

## SOCIAL- OG SUNDHEDSASSISTENTERNES SÆRLIGE POSITION

De to lovgivninger i ét team skaber særlige udfordringer og muligheder for social- og sundhedsassistenterne, som bevæger sig på tværs af lovgivningerne og løser både Sundhedslov- og Servicelovsopgaver. En ergoterapeut siger: *“sygeplejersker og assistenter hænger ret godt sammen, og assistenter og hjælper hænger ret godt sammen”* (Ergoterapeut, Kommune 1). Det er social- og sundhedsassistenterne, der har muligheden for at være begge steder, og måske derfor har de en



særlig mellemposition. For en social- og sundhedsassistent i kommune 2 giver det sig udslag i, at hun går frem og tilbage mellem sygeplejerske- og social- og sundhedshjælperkontoret, fordi hun oplever sig splittet mellem stederne (Feltnoter, Kommune 2). Social- og sundhedsassistenternes alsidighed betyder, at de altid har en fyldt køreliste: *”Fordi vi kan jo hjælpe sygeplejerskerne, men vi kan også hjælpe hjælperne, så vi er jo ligesom fyldt op, kan man sige, på kørelisten”* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 3). Det kan give anledning til konflikter ved morgenmødet mellem social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælper. En social- og sundhedsassistent oplever, at social- og sundhedshjælperne ikke har forståelse for hendes afvisning af plejeopgaver, fordi hun skal dosere medicin. Hun siger: *”Det kan godt give noget splitting på en eller anden måde. Man kan sige, at hjælperne har lidt svært ved at se det”* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 3).

## SUNDHEDSLOVEN SKABER HIERARKI

Sundhedsloven opretholder i den lokale fortolkning i de tre kommuner et hierarki mellem faggrupperne. En sygeplejerske siger: *”Det er meget få ting for Sundhedsloven, de (social- og sundhedshjælperne) må overtage på nogen måde. Men assistenterne er meget mere i sådan et mellem-land, hvor de er gode nok nogle gange, og ikke andre gange (...) Det synes jeg bare er en forkert tilgang til det, for det skaber også sådan lidt hierarkiagtigt”* (Sygeplejerske, Kommune 2). Sygeplejerskerne indtager samtidig en overordnet rolle i forhold til social- og sundhedsassistenterne i fordeling af Sundhedslovsopgaverne. En sygeplejerske siger: *”det er jo mest sygeplejerskerne, der bestemmer, hvem der skal være sygeplejerskeborgere, og hvem der skal være assistentborgere”* (Sygeplejerske, Kommune 2).

### 2.2.3. Opsummering

Fra ledernes perspektiv kræver de tværfaglige teams, hvor medarbejderne arbejder under både Sundhedsloven og Serviceloven, at lederne kender alle medarbejderne og alle faggruppernes faglige kompetencer. Når arbejdsopgaver i de tværfaglige teams fordeles og organiseres på nye måder, er kendskab til de enkelte medarbejders personlige kompetencer og udviklingsmuligheder også en stor fordel. Lederens løbende indsigt i hvordan medarbejderne indgår i teamet, og hvilke medarbejdere der kan og vil påtage sig nye opgaver indenfor eller på tværs af Sundhedslov- og Servicelovsområderne er en vigtig ledelsesressource.

Fra et medarbejderperspektiv skabes forskellige mulige og meningsgivende samarbejdskonstellationer mellem faggrupperne afhængigt af den lov, de arbejder efter. Social- og sundhedsassistenterne løser både Sundhedslov- og Servicelovsopgaver og har en særlig mellemposition, som giver dem mulighed for at være bindeled i teamet. Medarbejderne oplever, at de to love samt tilknyttede uddannelsesniveauer, standarder og status kan skabe hierarkier mellem faggrupperne.

## 2.3. Tværfaglighed

### 2.3.1. Ledernes perspektiv

Fra ledernes perspektiv skal helhed og kontinuitet i borgerforløbene sikres gennem tværfaglighed i de tværfaglige teams.



## FAGFAGLIGHED AFSÆT FOR TVÆRFAGLIGHED

Tværfagligheden forstås af lederne sådan, at medarbejderne med hver deres faglighed leverer ind til de fælles fastsatte mål for en borger. Fagfaglighed er således et nødvendigt afsæt. Lederne taler dermed ind i en tværfaglig organisering snarere end en fællesfaglig, hvor faggrænserne er mere eller mindre udviskede. En leder bruger billedet "briller" til at forklare, hvordan medarbejdernes fagfaglighed anvendes i en tværfaglig sammenhæng: *"Altså de ser jo med hver deres briller, men f.eks. så havde vi en dame (...) som havde fået en halvsidig lammelse og havde ble på og havde nogle faste toilettider. Så siger hun så; jeg er simpelthen så ked af, at jeg ikke kan gå på toilettet, når jeg skal. At jeg skal sidde der og vente på, at I kommer, det går mig på, og det ødelægger min livskvalitet. Hun siger det ikke helt sådan, men hun siger det, så det er sådan, vi forstår det. Så tager vi det op på et møde, og så siger fysioterapeuten; Jamen hun har da en arm og et ben, der fungerer. Vi må kunne gøre noget med balancen. Og ergoterapeuten siger; Vi må kunne have noget med nogle hjælpemidler. Hvordan skal det badeværelse være indrettet, så hun vil kunne flytte sig selv. Og sygeplejerskerne siger, at vi også må kigge på, hvilken ble hun har. Og hjælperne siger, hvilket tøj hun har på, hvad er nemmest. Så gik der nogle måneder, og så kunne den borger selv flytte sig på toilettet. Det tror jeg ikke, man havde kunne, hvis ikke man havde siddet der i det tværfaglige team"* (Leder, Kommune 1). For denne leder "kalder" den konkrete borger på forskellige fagligheder, som supplerer hinanden i det tværfaglige team i løsningen af de opståede problemer.

## ALLE FÅR NOGET UD AF DET

På tværs af kommunerne er der blandt lederne enighed om, at det tværfaglige samarbejde giver "noget" til alle medarbejderne. Sygeplejersker og terapeuter bidrager gennem sparring og oplæring af social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter til deres kompetenceudvikling. Modsat får sygeplejersker og terapeuter gennem social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere viden om borgerne, som betyder, at terapeuternes genoptræningsforløb lykkes bedre, og at sygeplejerskerne kan forebygge forværring af sygdomstilstande hos borgerne. En leder oplever at: *"vi spiller hinanden gode"* (Leder, Kommune 3).

## PRIORITERINGER OG MÅL

Der er forskellige måder at foretage prioriteringer og sætte mål for borgerløbene i de tre kommuner. I kommune 1 tager lederen ansvar for prioriteringer og mål for det enkelte borgerforløb. Hun er også mødeleder på de tværfaglige møder, hvor målene for borgernes forløb drøftes. I kommune 2 og 3 har lederen uddelegeret disse opgaver, så det primært er sygeplejersker, der foretager prioriteringer og sætter mål for borgerforløbene samt leder drøftelser af disse på de tværfaglige møder. Det sker med samtale ud fra to modeller, som systematiserer processen og inddrager alle faggrupper. I kommune 2 anvendes "Hjulet" på "Fokusborgermøderne", mens der i kommune 3 ved de to ugentlige triagemøder gøres brug af et triageredskab (bilag D, figur 15, s. 62).





## TVÆRFAGLIGE TEAMS SKER I DAGVAGTEN

Tværfaglighed med organiseringen i de tværfaglige teams sker i alle tre kommuner alene i dagvagten. I aften- og nattevagten, (foruden weekender, helligdage og ferier) har alle tre kommuner organiseret ældreplejen i enheder på tværs af de tværfaglige teams (bilag D, figur 11,12,13, s.55-56), hvor målet om helhed og kontinuitet har andre vilkår. I alle tre kommuner er flere teams/delområder slået sammen i aftenvagten, og social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker kører på forskelligvis på tværs af dem. I nattevagten køres der ud fra et centralt sted, der dækker hele kommunen. Terapeuterne arbejder ikke aften eller nat i de tre kommuner.

## TVÆRFAGLIGHED GØRES FORSKELLIGT INTERNT

Der er ikke nødvendigvis samme måde at organisere de tværfaglige teams indenfor den enkelte kommunes ældrepleje. Forskelle trækker tråde tilbage til Kommunalreformen i 2007, hvor mindre kommuner blev sammenlagt til større. I kommune 3 agerer dag- og aftenvagten fortsat som to selvstændige områder A og B (bilag D, figur 10, s.54), som har begrænset samarbejde og kendskab til hinandens organisering. Om natten udgår ældreplejens team dog fra område B, og de bliver til én ældrepleje (bilag D, figur 13, s. 56). I kommune 1 følger den nuværende opdeling af ældreplejens distrikter de "gamle" kommunegrænser, og distrikterne er derfor organiseret forskelligt afhængig af tidligere kommuners ældreplejepsiksis.

### 2.3.2. Medarbejdernes perspektiv

Medarbejderne ser på tværs af faggrupper og kommuner, ligesom lederne, en styrke i tværfagligheden i de tværfaglige teams. Det tværfaglige samarbejde kræver samtidig noget af hver enkelt. Som en hverdagsterapeut siger: *"det er ikke noget, der bare er konstant. Man skal arbejde for det og have lyst til det"* (Hverdagsterapeut, Kommune 3).

## FAGFAGLIGHED SOM AFSÆT FOR TVÆRFAGLIGHED

Medarbejderne forstår, ligesom lederne, tværfaglighed som et samarbejde, hvor hver faggruppe bidrager med sin fagfaglighed til borgerforløbene. Flere bruger ligesom lederne metaforen "briller" om deres fagligheder. Andre taler ligesom Wackerhausen (Wackerhausen, 2009) om "blik". En sygeplejerske siger: *"vi får alle mulige forskellige blik på, hvad det kan være"* (Sygeplejerske, Kommune 1), mens en ergoterapeut taler om at bruge sine "ergobriller" (Ergoterapeut, Kommune 1). Fagfagligheden opfattes derfor også af dem som en nødvendighed.

## ALLE FÅR NOGET UD AF DET

Medarbejderne oplever at få noget ud af at arbejde sammen med de andre faggrupper.

For social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter på tværs af kommunerne handler det om oplevelsen af tryghed og sikkerhed. En social- og sundhedshjælper siger: *"jeg synes, det er rart, at man altid ved, at man har en assistent eller en sygeplejerske ved hånden. Du står ikke alene"* (Social- og sundhedshjælper, Kommune 1). En social- og sundhedsassistent siger: *"Man kan også se dem (sygeplejerskerne), altså. Så de kommer også ind, så hvis det ikke er noget,*



*der haster, så kan man også vente til, at de kommer ind, og så kan man bare snakke med dem"* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 1). Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter taler om, hvad de lærer fra sygeplejersker og terapeuter. En social- og sundhedsassistent fremhæver ergoterapeutens evne til at få borgerne til at kunne mere selv og siger: *"vi skal huske det der med at putte hænderne ned i lommen. Fordi vi har jo nogle gange tendens til at sige, at så gør jeg det lige, nu er jeg her. Og det har sådan en terapeut jo en sindssyg god evne til at formå at tænke hen i"* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 3).

Sygeplejerskerne taler om, at social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter bliver deres *"øjne"* ude hos borgeren, som giver dem vigtige informationer og observationer om borgerne. Det betyder som en sygeplejerske fortæller: *"At vi har et virkelig godt billede omkring patienten, eller borgeren. At de (social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter) også kan se tingene, at de tør at komme på banen, så vi ser tingene, måske før de udvikler sig (hos borgeren)"* (Sygeplejerske, Kommune 1).

Samtidig oplever sygeplejerskerne, at de i de tværfaglige teams bliver en slags supervisere og mentorer for social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. En sygeplejerske siger: *"min opgave er meget at stå hjælperne og assistenterne bi i, at de godt kan klare opgaverne selv. Så hvis jeg bare står bagved og holder en hånd, så kan de godt det hele selv, og så vokser de med opgaven"* (Sygeplejerske, Kommune 1). Samme sygeplejerske taler om at have oplevelsen af *"at gøre en forskel"*, når hun ser social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter udvikler sig fagligt.

For terapeuterne er social- og sundhedshjælperes og social- og sundhedsassistenteres viden om borgerne vigtigt, for at de kan lave en realistisk genoptræningsplan. En fysioterapeut siger: *"Fordi så er det også nemmere at lave min vurdering på. Altså, er det her realistisk, er det ikke realistisk. Særligt også hvis de er kognitivt svækkede. Der har jeg virkelig brug for hjælpernes hjælp"* (Fysioterapeut, Kommune 2). Til gengæld oplærer terapeuterne social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. En ergoterapeut siger: *"det er primært assistenter og hjælpere under de her forflytningsmæssige ting, men også sådan så de lærer hjælpemidlerne at kende ordentligt, så de lærer at placere borgerne ordentligt i kørestolene eller at få struktureret deres morgenpleje"* (Ergoterapeut, Kommune 1).

## FORSKELLIGE BRILLER FORSKELLIGE PRIORITERINGER

Faggruppernes forskellige briller og blikke fører til forskellige prioriteringer. En sygeplejerske fortæller: *"Nogle gange kan hjælperne godt have meget stor fokus på vasketøj. Fordi der blev sat vasketøj over, og det var meget vigtigt. Og de kan ikke forstå, hvorfor de der assistenter ikke har hængt det der vasketøj op. Men assistenterne står og tænker, at kognitivt var hende her (= borgeren) kampdårlig, så det kvarter jeg havde, brugte jeg egentlig på at få talt hende til ro. Få hende givet noget at spise eller sådan noget. Og ja altså det må I undskylde, så har jeg overset skraldespanden, og jeg har også overset vasketøjet. Men til gengæld havde borgeren det godt, da jeg kørte derfra"* (Sygeplejerske, Kommune 1). En ergoterapeut siger med reference til social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter: *"folk har svært ved det der med ikke at hjælpe borgere for meget og kan*



*nogle gange heller ikke se meningen med det. Fordi nu har borgeren jo fået hjælp i 40 år. Og det er jeg uenig i, fordi borgeren kan jo sagtens blive selvhjulpent alligevel. Hvis jeg ser lidt potentiale, så er det det, vi skal træne på”* (Ergoterapeut, Kommune 1). Udsagnene tydeliggør, at faggrupperne qua deres fagidentitet har forskellige blikke, vægtninger og prioriteringer i borgernes forløb og samtidig kan have svært ved at forstå andre faggruppers. Ergoterapeutens udsagn kan også ses som et eksempel på den nationale rehabiliteringside (bilag C), som er terapeuternes vej ind i ældreplejen.

### STYRKELSE AF TVÆRFAGLIGHED Gennem UDDANNELSE AF ELEVER

En ergoterapeut ser, at det tværfaglige samarbejde kan styrkes ved, at medarbejderne på tværs af faggrupper går sammen om at uddanne de fagprofessionelle (Feltnoter, Kommune 1). Hun har taget en praktikvejlederuddannelse og er sammen med en social- og sundhedsassistent medvejleder for social- og sundhedshjælperelever og social- og sundhedsassistentelever, der er i praktik i teamet. Det har givet hende indsigt i social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter faglighed, og samtidig kan hun træne eleverne i den rehabiliterende tankegang.

### TVÆRFAGLIGHED Gøres forskelligt internt

Medarbejderne oplever også, at der er forskelle i organiseringen af de tværfaglige teams indenfor egen kommune. I kommune 3 som, med tråde tilbage til Kommunalreformen, i dag- og aftenvagter fortsat agerer som to kommuner (bilag D, figur 10, s. 54), oplever en sygeplejerske, at organiseringen og dokumentationen er forskellig fra delområde til delområde. Hun siger: *”Vi siger i daglig tale, at vi er to forskellige kommuner”* (Sygeplejerske, Kommune 3).

### 2.3.3. Opsummering

Ledere og medarbejdere vil gerne det tværfaglige samarbejde og er med på, at det kræver en kontinuerlig indsats af hver enkelt. De deler også forståelsen af, at medarbejdernes fagfaglighed er en nødvendig forudsætning for det tværfaglige samarbejde. Med hver deres faglige *”briller”* bidrager og samarbejder de ud fra de fælles fastsatte mål for borgernes forløb. De tværfaglige teams har således for både ledere og medarbejdere karakter af tværfaglighed snarere end fællesfaglighed. Ledere og medarbejdere er enige om, at alle faggrupper drager fordel af samarbejdet i de tværfaglige teams. For social- og sundhedshjælper samt social- og sundhedsassistenter handler det om tryk, sikkerhed og læring, mens sygeplejersker og terapeuter får øget viden om borgerne, når social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter fungerer som deres øjne hos borgerne. Fra kommune til kommune foretages der forskellige ledelsesmæssige prioriteringer og fastsættelser af mål i borgerforløbene. I kommune 1 gøres dette af lederen, mens de to andre kommuner gør brug af fælles opmærksomhedspunkter og prioriteringsværktøjer. Medarbejderne oplever, at forskellige faglige briller giver forskellige prioriteringer, som kan synes uforståelige for andre faggrupper, men som kan bringes op og bringes sammen i de tværfaglige fora. En ergoterapeut forsøger ved at være medvejleder for social- og sundhedshjælperelever og social- og sundhedsassistentelever at få indsigt i andre faggruppers faglighed. Tværfaglighed med organiseringen i tværfaglige teams sker i dagvagten på hverdage. Både ledere og medarbejdere oplever desuden forskelle i organiseringen af de tværfaglige teams indenfor egen



kommune. Tidligere organiseringer af ældreplejen og sammenlægninger af flere kommuner til en stor kommune spøger fortsat.

## 2.4. Faglighed

### 2.4.1. Ledernes perspektiv

De tværfaglige teams består af medarbejdere med forskellige fagligheder. Hvordan de sammensættes, varierer fra kommune til kommune efter teamstørrelse og opgaver. Lederne ser medarbejdernes faglighed, som den de byder ind med i et borgerforløb. En leder siger: *"Fordi sommetider så kalder opgaven på noget sygepleje, sommetider på noget hjælper, sommetider på noget assistent. Sådan så jeg kan være med til at sætte holdet og sige; Ej nu bliver vi nødt til at sætte en sygeplejerske ud og lige træne lidt videre"* (Leder, Kommune 1).

### UDVIKLING AF FAGLIGHED EN NØDVENDIGHED OG/ELLER MULIGHED

Fra et ledelsesperspektiv er det nødvendigt i den ændrede organisering fra fagfaglighed til tværfaglighed, at medarbejderne udvikler deres faglighed til brug i tværfaglige teams. Hvis den enkelte medarbejder skal varetage flest mulige opgaver hos borgeren, er det en stor fordel, at der kan ske en opgaveglidning mellem faggrupperne. Det stiller krav til ændring og udvikling af medarbejdernes fagligheder. Det er især social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, som har overtaget flere *"sygeplejefaglige opgaver"*. Blandt lederne er oplevelsen at: *"de vil rigtig gerne"* (Leder, kommune 3). En leder oplever dog også, at: *"Vi har nogen som siger, at den opgave det kan jeg ikke, og det skal man også have lov til"* (Leder, Kommune 1). Den faglige udvikling af social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter sker gennem oplæring varetaget af sygeplejersker og terapeuter. Som en leder siger: *"De fagligheder, sygeplejersken og terapeuterne har, er et særligt kort, til at sikre den høje faglighed (...) De oplærer meget de andre"* (Leder, Kommune 1). Desuden sker udviklingen af medarbejderne gennem undervisning ved fagfaglige specialister og i kommune 2 gennem færdighedstræning i et skill lab.

I kommune 2 har sygeplejerskerne erstattet lederne som *"gruppefacilitatorer"* af de tværfaglige teams. Sygeplejerskerne har måtte udvikle deres faglighed i at lede de tværfaglige teams gennem et kursus i "klinisk lederskab", som lederen har stået for. Lederen oplever, at hverken sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter har været udelt begejstret. Sygeplejerskernes reaktion har været: *"hvad skal teamlederen så lave?"* mens social- og sundhedsassistenter har spurgt: *"hvorfor skal det være sygeplejersker, der faciliterer noget? Hvorfor ikke os?"* (Leder, Kommune 2).

I kommune 1 anvendes de tværfaglige teammøder hver 14. dag også som en udvikling af medarbejdernes faglighed til at indgå i teamet og byde ind med deres refleksioner. Det kræver tålmodighed at få alle med, som lederen fortæller: *"Jeg har haft den udfordring med, at hjælperne skal fortælle sådan en lang historie om; Og så gjorde jeg, og så sagde jeg, og så gjorde jeg, og så sagde jeg. Inden de kommer frem til det, de vil sige (...), men jeg har også lagt mærke til, at hvis ikke de får lov til det, så kommer de heller ikke med. Altså det skal være snakket ud, når man træffer beslutningen om, hvad man skal gøre, sådan så de bliver bedre. Men fys' og ergo' har sommetider øffet lidt"*. Hendes perspektiv er: *"det er jo sådan de udfordringer, der er i den der tværfaglighed, at man må vente på hinanden, så alle kan komme med"* (Leder, Kommune 1).



Fra arbejdsgiverens perspektiv er det at give medarbejderne mulighed for at udvikle deres faglighed en måde at gøre ældreplejen til en attraktiv arbejdsplads. En leder siger: *“At man kan tilbyde en arbejdsplads, der er i rivende udvikling, og man får nogle ansvarsområder, og man har indflydelse på sit arbejde, og man kan udvikle sig som medarbejder. Det tror jeg helt sikkert er med til rekruttering og at fastholde medarbejderne”* (Leder, Kommune 3). Fra et rekrutterings- og fastholdelsesperspektiv er fagfagligheden interessant, og udviklingen af nye opgaver og faglige kompetencer netop til de tværfaglige teams er et område, der påkalder sig opmærksomhed.

### DER ER GRÆNSER FOR OPGAVERGLIDNING

Der er samtidig grænser for opgaveglidningen mellem faggrupperne. En leder siger: *“fra regionerne, har vi jo fået rigtig meget af deres IV-behandlinger, altså i forhold til antibiotika. Det bliver kun varetaget af sygeplejersker. Vi kan jo ikke oplære en assistent i at varetage IV-medicin. Der har der været for mange utilsigtede hændelser, helt historisk set”* (Leder, Kommune 3). En anden leder siger: *“opgaven skal løses ordentligt og ikke bare løses af hvem som helst”* (Leder, Kommune 1). Ledernes udsagn tyder på, at de her ikke ser en fællesfaglig organisering for sig.

### HVERDAGSTERAPEUTER

I kommune 2 og 3 anvendes *“hverdagsterapeuter”* som en samlet betegnelse om fysioterapeuter og ergoterapeuter. Fra et ledelsesperspektiv bliver terapeuterne til én faglighed, der er til rådighed på hverdage. Det er en måde at lave tværfaglighed mellem fysioterapeuterne og ergoterapeuterne, og samtidig bliver hver deres fagfaglighed opretholdt med *“egne”* kontorer i kommune 1 og 3, eller organiseret i anden fagfaglig enhed i kommune 2.

### FAGFAGLIGE SPECIALISTER

Det er lederens ansvar at være faglig leder og garant for fagligheden i sit team. I alle tre kommuner har de tværfaglige teams adgang til fagfaglighed i form af specialister indenfor f.eks. sår, palliation, demens, medicin og forflytning. I storbykommunen er der mange forskellige specialister, der har til huse samme sted som det tværfaglige team, så de enkelte medarbejder selv kan op søge dem uafhængigt af lederen, hvis de har brug for det. I provinskommunen findes specialister hverken i samme omfang eller i nærheden. Specialister inviteres derfor af lederen til de tværfaglige teammøder til sparring og undervisning. Det bliver dermed muligt for lederen at skabe en fællesfaglig opjustering og opkvalificering.

#### 2.4.2. Medarbejdernes perspektiv

Medarbejderne betragter deres fagfaglighed, som den de bringer i spil i det tværfaglige samarbejde omkring borgeren. Det bliver særligt italesat af sygeplejersker og terapeuter. En ergoterapeut siger: *“Vi lægger puslespillet sammen og finder en måde, der passer til den her enkelte borger, men også passer ind i deres faglighed og passer ind i min faglighed”* (Ergoterapeut, Kommune 1).

### MENINGSFULD UDVIKLING AF FAGLIGHED

Medarbejderne oplever at få udviklet deres fagfaglighed i de tværfaglige teams på forskelligvis.



For social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter giver faglig udvikling i de tværfaglige teams mening, når det sker gennem supervision og oplæring fra sygeplejersker og terapeuter. Flere håber gennem oplæringen at få tildelt flere sygeplejefaglige opgaver. En social- og sundhedshjælper siger: *"Vi er nogle hjælpere, der virkelig, virkelig gerne vil nogle flere ting"* (Social- og sundhedshjælper, Kommune 1). Andre er dog ikke interesserede i det. En social- og sundhedshjælper har afstået fra en opgave hos en borger for at være loyal overfor sine social- og sundhedshjælperkolleger, som ikke ønskede den opgave. Hun fortæller: *"jeg havde på et tidspunkt en borger, hvor der skulle skiftes stomi, og for mig syntes jeg bare, at det var enormt spændende at have med det at gøre. Og det gjorde også, at der behøvede ikke at komme så mange i hjemmet, fordi så behøvede der ikke at komme en assistent og en hjælper. Så den ville jeg gerne have. Og det var der også et par stykker af mine andre kolleger, der gerne ville have, men der var faktisk allerflest, der ikke så nogen interesse i det af mine hjælperkolleger"* (Social- og sundhedshjælper, Kommune 2).

Sygeplejersker og terapeuter får i de tværfaglige teams en vigtig funktion med at supervisere og oplære social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. Det ser mange af dem som meningsfuldt, fordi de derved får brugt deres faglighed på en anden måde. En sygeplejerske siger: *"vores faglighed kommer mere på banen, at vi jo er med til indirekte og også at uddanne hjælperne til at blive bedre til at se, hvad det er, de skal se efter"* (Sygeplejerske, Kommune 1).

Medarbejderne er gennemgående glade for undervisningen af de fagfaglige specialister, og social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter færdighedstræningen i et skill lab.

## MEDARBEJDERNES EFTERSPØRGLER

Fælles for alle faggrupper er, at samarbejdet i tværfaglige teams bliver en nødvendig kompetence i sig selv. Dette har ikke været en formel del af uddannelsen for de medarbejdere, der har været i ældreplejen i en lang årrække. Til gengæld har medarbejderne erfaring med og har vænnet sig til de uddannelses-, oplærings- og samarbejdsformer og skillelinjer mellem faggrupperne, som den fagfaglige organisering har kørt efter. Medarbejderne efterspørger undervisning i at samarbejde tværfagligt. Som en ergoterapeut siger så: *"mangler der noget undervisning i tværfaglighed"* (Ergoterapeut, Kommune 1). Andre efterspørger tid til refleksion, der kan styrke indsigten i andre faggruppers kompetencer og måde at se borgerforløbene på. For en social- og sundhedsassistent handler det om at få input fra de andre faggrupper i forhold til: *"Er der mere? Er der noget andet, jeg kan gøre? Og høre, hvad de også foreslår"* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 1). En sygeplejerske siger: *"Jeg synes, det vil kunne give det der med, at det er i orden, at vi tænker forskelligt"* (Sygeplejerske, Kommune 2).

Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter efterspørger en mere differentieret undervisning. Hvis al undervisning i teamet skal være relevant for alle faggrupper, kan det betyde en nedtoning af forskellige fagligheder og faglige behov. En sygeplejerske finder det problematisk og siger: *"altså laveste fællesnævner ik', at noget, hvor man kan sige det her, har I brug for noget ekstra viden om"* (Sygeplejerske, Kommune 3). Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter på tværs af alle tre kommuner oplever, at det i modsætning til tidligere er svært at få kurser. En social- og sundhedsassistent siger: *"i de sidste år, der er jeg gået i stå, ikke? Fordi vi får ikke*



*kurser og sådan noget mere"* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 2), mens en social- og sundhedshjælper langt om længe har fået et forflytningskursus. Hun siger *"nu har hun (lederen) endelig tilmeldt os"* (Social- og sundhedshjælper, Kommune 1). En social- og sundhedsassistent søger selv forskning for at være opdateret. Som hun siger om faglig opdatering: *"det gør du jo ikke i de tværfaglige teams. Det må du gøre i din fritid"* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 2).

Sygeplejerskerne oplever, at netop rollen som faglig læremester gør, at social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter tror, at sygeplejerskerne har *"svar på alt"*. Med så store forventninger til deres person kan det være svært at udstille egen uvidenhed og usikkerhed i teamet. De efterspørger derfor nogen af *"egen slags"*. Det vil sige andre sygeplejersker at sparre med om svære oplevelser. En sygeplejerske beretter om en episode, hvor hun sammen med en social- og sundhedshjælper, en elev og en afløser fandt en borger, der havde været død et stykke tid. Hun fortæller: *"det var ikke særlig pænt. Og jeg synes, det er svært som sygeplejerske at sidde og sige til den her afløser; Pyha, jeg syntes, det var svært. Kan du ikke lige gribe mig nu! For jeg syntes faktisk, det var hårdt det her. Det vil jeg langt hellere gøre med en sygeplejerskekollega"* (Sygeplejerske, Kommune 1). Sygeplejersken bevarede fatningen i situationen, men havde det efterfølgende svært og endte med at tale med sin leder, som er sygeplejerske. Eksemplet tydeliggør, at der er udtalte forventninger til hver faggruppe, som kører videre i hierarkier mellem faggrupperne.

## FAGFAGLIGE SPECIALISTER

Medarbejderne i de tre kommuner har forskellige geografiske placeringer og dermed forskellige muligheder for at sparre med fagfaglige specialister. I kommune 2 gør social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker brug af de mange specialister, som har til huse samme sted som teamet. Kommunen har også ansat egen læge til ældreplejen. Omvendt efterspørger sygeplejerskerne i kommune 1 at kunne sparre mere med fagfaglige specialister f.eks. en sårspecialist, som er sparet væk. I stedet bruger medarbejdere fra alle faggrupper lederen i kommune 1 til alle former for faglig sparring, hvilket stiller store krav til hende fagligt og pædagogisk.

### 2.4.3. Opsummering

Både ledere og medarbejder ser faglighed som en nødvendighed og det selvfølgelig afsæt, som medarbejderne bidrager med i det tværfaglige teamsamarbejde omkring borgeren.

Fra et ledelsesperspektiv er social- og sundhedshjælperes og social- og sundhedsassistenteres udvikling af deres faglighed en nødvendighed for at ændre arbejdsdelingen og skabe mulighed for opgaveglidning, som kan indfri de tværfaglige teams' bestræbelser på helhed og kontinuitet. Der er samtidig grænser for, hvordan og hvor langt denne opgaveglidning kan ske, og en fællesfaglig organisering ses ikke som aktuel.

Udviklingen af social- og sundhedshjælperes og social- og sundhedsassistenteres faglighed sker gennem oplæring af sygeplejersker og terapeuter. Nogen social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter er interesserede i faglig forandring og udvikling, mens andre ikke ønsker at påtage sig dette ansvar. Nogle sygeplejersker og terapeuter ser oplæring som en anden måde at bruge deres faglighed på, mens andre ikke føler sig klædt på til det uden videreuddannelse. I en



kommune har man derfor set det som nødvendigt at give sygeplejerskerne et kursus i klinisk lederskab, for at de kan varetage rollen som gruppefacilitatorer. Det har, ifølge lederen, skabt modstand hos sygeplejerskerne, der ser det som om lederne fralægger sig deres ansvar, og hos social- og sundhedsassistenterne, som ser det som en skævvridning af opgaverne. Sygeplejersker oplever, at rollen som faglige læremester og leder gør det svært for dem at udstille egen uvidenhed og usikkerhed.

Medarbejderne efterspørger refleksion og undervisning i at samarbejde tværfagligt, som kan styrke kendskabet til hinandens kompetencer. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter efterspørger mere differentieret undervisning, mens social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter efterspørger kurser i det hele taget. Udviklingen af medarbejdernes faglighed ses ledelsesmæssigt som et element i fastholdelse og rekruttering, men undervisning, kurser og efteruddannelse til medarbejderne er en sparsom ressource.

Både ledere og medarbejdere lægger vægt på medarbejdernes adgang til fagfaglige specialister. Der er dog store forskelle på omfanget og tilgængeligheden af specialister mellem kommunerne. I en kommune med få specialister, inviterer lederen specialister til teamet eller træder selv i karakter som specialist. Sidstnævnte stiller store krav til lederens faglighed og kompetencer til undervisning og supervision.

## 2.5. Ledelse

### 2.5.1. Ledernes perspektiv

De tværfaglige teams har ledere, som har det faglige ansvar og skal tilrettelægge og fordele arbejdet for alle medarbejdere i de tværfaglige teams. Deres opgaver rammesættes af de interne kommunale forhold i hver af de tre kommuner. De tre ledere er alle sygeplejersker med en diplomuddannelse i ledelse, men de har forskellige måder at gå ind i rollen som teamleder, hvilket viser, at der er et handlerum for ledelse i de tværfaglige teams i ældreplejen.

#### DEN FAGLIGT OG PERSONLIGT INVOLVEREDE LEDER - "tæt på"

Lederen i provinskommune 1 er tæt på sit team og påtager sig rollen som faglig leder og som supervisor, mentor, mødeleder og tovholder på alle borgerforløb i hendes område. Som arbejdsleder er hun den, der "sætter holdet" af medarbejdere med de fagligheder, men også de personlige erfaringer og kompetencer som skal ud til den enkelte borger. For at kunne lave det bedste match mellem medarbejdere og borgere læser hun dagligt alle nye notater, dokumenteret for de sidste 24 timer på hver af de omkring 80 borgere, som teamet har ansvaret for. Dette for at sikre at intet bliver overset, og der bliver fulgt op på alt. Når lederen ser særlige problematikker, tager hun dem med på de tværfaglige møder, som hun er mødeleder for hver 14. dag. En forudsætning for at kunne varetage ledelsen på denne måde er hendes faglige baggrund som sygeplejerske. Hun siger: "Det er svært at koordinere og strukturere de processer, der sættes i gang i et team i forhold til borgerne, hvis man ikke har nogen faglig viden, og den synes jeg, at jeg har enormt meget brug for. Så jeg synes stadigvæk, at jeg både er sygeplejerske og leder" (Leder, Kommune 1). Lederen sparrer fagligt ved det tværfaglige morgenmøde med alle medarbejderne omkring bordet og tjekker op





med hver enkelt medarbejder, inden de kører ud, om de har det godt, har styr på deres dag og køreliste. Som hun siger: *"Der er ikke nogen, der skal gå ud ad døren og være ked af det"* (Leder, Kommune 1). Lederens dør står altid åben for støtte og faglig sparring for alle medarbejdere. Hun oplever arbejdet med medarbejderne som: *"en måde at arbejde med mennesker på"* (Leder, Kommune 1). Hun ser derfor sin lederrolle i forlængelse af hendes måde at arbejde med mennesker som sygeplejerske. Hver uge har hun afsat tid til faglig sparring med fysioterapeuten, og hun tager ud sammen med ergoterapeuten for at sætte mål for borgere i "nye" rehabiliteringsforløb.

### DEN PERSONALEANSVARLIG LEDER - på distance

I storbykommune 2 varetager lederen sin rolle på en mere distanceret måde og lægger vægt på at være den overordnede koordinerende personaleansvarlige leder. Denne leder er uddannet social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent og sygeplejerske, så hun har gode forudsætninger for at kende alle faggruppernes faglighed, men skiftet fra sygeplejerske til leder gør, at hun opfatter sin rolle på en ny måde. Hun siger: *"Nu kan jeg ikke bare slå ud med at være en sygeplejerske, der bare har kørt med sin egen viden, fordi nu er det ligesom... det er jo mit personale"* (Leder, Kommune 2). Hendes rolle i teamet er: *"hvis det kommer mere over i et ledelsesspørgsmål eller noget arbejdsmæssigt, hvor jeg skal trække en medarbejder ud, så er det ligesom det, jeg gør"* (Leder, Kommune 2). Desuden koordinerer hun om morgenen, sådan at sygeplejerskerne bliver fordelt og brugt på den bedste måde i de tre tværfaglige teams. Lederen deltager på skift i de tre tværfaglige teams' 8-minutters morgen- og frokostmøder og det ugentlige udvidede 30-minutters møde. Det er sygeplejersken i det enkelte tværfaglige team, som leder møderne, mens lederen holder sig i baggrunden. Hun kan træde til som stedfortræder, hvis der mangler en sygeplejerske til at facilitere møderne og har lært sig at overtage planlægningen af kørelister, hvis der mangler en planlægger. Da hun ikke kender de enkelte borgere og deres forløb, sparrer hun med medarbejderne på et mere generelt fagligt plan.

### DEN UDDELEGERENDE, FAGLIGHEDSMÆGLENDENDE LEDER

I oplandskommune 3 kan lederens rolle ses som en blanding af ledernes roller i kommune 1 og kommune 2. Denne leder er ikke lige så tæt på medarbejdere og borgere som leder i kommune 1 og ikke så distanceret som kommune 2. Hun lægger vægt på at være leder og lægger bevidst sin sygeplejefaglig baggrund fra sig. Som hun siger: *"nu er jeg ikke sygeplejerske mere, nu skal jeg bruge min lederuddannelse"* (Leder, Kommune 3). Hun ser det som en lederopgave at uddelegere opgaver og ansvar. Hun siger: *"Jeg er den type leder, der tror på, at medarbejdere ved bedst. Så jeg går ikke ind og siger; du skal tage den og den, eller du skal gøre sådan og sådan"* (Leder, Kommune 3). Hun betragter sig selv som en slags "mægler" mellem medarbejdernes faglighed og borgernes behov, hvor hun spørger ud i medarbejdergruppen, hvilken køreliste de forskellige borgere med bestemte behov passer bedst ind på i forhold til medarbejdernes faglighed. Hun betegner det: *"jeg spiller medarbejderne gode med deres faglighed"* (Leder, Kommune 3). Det betyder også, at *"synsninger og personlige holdninger, de bliver pakket væk"* (Leder, Kommune 3). Lederen deltager i teamets morgenmøde, som almindeligvis ledes af en social- og sundhedsassistent i hvert miniteam, men hun kan ved sygdom tage over. Lederen kender mange af borgerne og sparrer også



gerne fagligt med medarbejderne om morgenen eller i løbet af dagen. Lederen deltager også i de to ugentlige triagemøder, hvor borgerforløbene gennemgås og prioriteres. Her er det enten hende eller en sygeplejerske, som er mødeleder. Hun arbejder på, at sygeplejerskerne helt overtager denne funktion. Som hun siger: *”det er meget vigtigt for mig, at jeg får det væk fra mig”* (Leder, Kommune 3). Hun kører med jævne mellemrum ud med de forskellige medarbejdere i hendes delområde for at få indsigt i deres hverdag og bruger denne indsigt til at forsvare medarbejderne og delområdet udadtil. Det sker f.eks., når hun sidder til ledermøder eller taler med politikerne i kommunen. Hun siger: *”når der er store klagesager, så er det jo fantastisk at være førstehåndsvi-dende til, hvor gode vi i virkeligheden er, og så få talt os op i stedet for”* (Leder, Kommune 3).

## DEN INTERNE KOMMUNALE ORGANISERING

De tværfaglige teams er organiseret i ældreplejen, men har samtidig ophæng til andre kommunale enheder i de tre kommuner. Set fra et ledelsesperspektiv, kan det være svært at definere mål for borgerne og fordele opgaverne, hvis visitationen, som tildeler tid og ressourcer til opgaverne, ikke er en del af samme organisatoriske enhed som de tværfaglige teams. Det oplever lederen i kommune 3 som en udfordring både i forhold til mål og opgaver i borgerforløbet, men også i kommunikationen mellem team og visitator. Visitationen anerkender kun sygeplejerskers og til dels social- og sundhedsassistenternes anmodninger, men ikke social- og sundhedshjælpernes. Lederen mener at: *”visitationen skal meget tættere ind i vores organisation. De skal være en sparingspartner, en samarbejdspartner, i stedet for en myndighed, der bestemmer”* (Leder, Kommune 3). Det kan også være svært at integrere terapeutopgaverne i de tværfaglige teams, når terapeuterne er organiseret i en anden fagfaglig enhed, som det sker i kommune 2. Lederne kan således ikke indtænke terapeuterne i deres tværfaglige teams på samme måde som de andre faggrupper.

## DE UFAGLÆRTE

Lederne i både kommune 1 og 3 er optaget af de ufaglærte medarbejdere, som udgør en større og større andel af medarbejderne i de tværfaglige teams. De ufaglærte udfordrer planlægningen, da de som en leder siger: *”mangler jo noget faglighed”*. Når kørelisterne lægges, giver det begrænsninger: *”i planlægningen skal vi jo hele tiden kigge på, hvad er det så for borgere, de kan tage? Så man er sikker på, at der ikke sker noget, der bliver overset”* (Leder, Kommune 1). Begge ledere ser samtidig et rekrutteringspotentiale i de ufaglærte.

### 2.5.2. Medarbejdernes perspektiv

Medarbejderne oplever og reagerer forskelligt på de tre ledes måde at forvalte lederrollen, og tre spændingsfelter træder frem. Forholdet mellem at være faglig sygeplejerske og leder, mellem at være tæt på medarbejderne eller mere distanceret, og forholdet mellem at samle alle opgaver hos sig selv eller uddelegere til de forskellige faggrupper.

## LEDEREN HAR BETYDNING FOR FASTHOLDELSE

For medarbejderne i kommune 1 er netop lederen som person, grunden til at de bliver ved med at arbejde i teamet og i ældreplejen. De fremhæver lederens omsorg, lydhørhed og rummelighed

kombineret med stor faglig viden og indsigt i alle borgerforløb i teamet. En sygeplejerske taler om, at lederen har *”reddet”* hende, da hun havde det svært efter en oplevelse med en borger. Fysioterapeuten i teamet bruger også teamlederen til sparring, når fysioterapeuten: *”ganske enkelt har en borger, som måske udfordrer mig”* (Fysioterapeut, Kommune 1). Flere medarbejdere tilkendegiver, at de har *”verdens bedste teamleder”*, og at: *”var XX (lederen) her ikke, så var jeg rejst”*. En social- og sundhedsassistent fortæller om, at hun kortvarigt arbejdede på sygehuset, men ikke kunne undvære lederens omsorg og sparring og vendte tilbage (Feltnoter, Kommune 1).

### LEDERE PÅ AFSTAND

I kommune 2 og 3, hvor lederne holder sig mere på afstand og forsøger at lægge mere ansvar over på sygeplejerskerne, oplever sygeplejerskerne, at denne ledelsesform har både fordele og ulemper. Når sygeplejerskerne får uddelegeret ledelsesopgaver, fører det til at: *”vi skal tage mere og mere ansvar for den faglige udvikling i grupperne”* (Sygeplejerske, Kommune 2). Sygeplejerskerne oplever på den ene side, at det er rart at have overblikket. Samtidig kan det ændre relationerne i teamet, når nogen får lederopgaver uden at være leder, så nogen tænker: *”hvem tror du, du er?”* (Sygeplejerske, Kommune 2). Sygeplejerskerne oplever dog også, at flere tør komme til orde, når de faciliterer teammøder, fordi det føles mere ufarligt, fremfor når lederen gør det.

I kommune 3 oplever en sygeplejerske, der har fået ledelsesopgave som tovholder af plejeforløbene: *”at vi bliver måske trukket mere og mere ud fra den direkte sygepleje til at være mere forløbsansvarlige og være den rådgivende funktion”* (Sygeplejerske, Kommune 3). Sygeplejersken her er betænkelig ved ikke selv at komme i hjemmene og kunne foretage sit faglige skøn.

### 2.5.3. Opsummering

Lederne af de tværfaglige teams har påtaget sig lederrollen på så forskellige måder, at det peger på et stort handlerum for ledelse med forskellige vægtninger af faglighed og ledelse, samt relationer til medarbejderne. Lederen i kommune 1 kan ses som den *”fagligt og personligt involverede leder – tæt på”*, der vægter at være tæt på teamet i hverdagen og at være faglig leder, mentor, supervisor, mødeleder og tovholder på alle borgerforløb i hendes område. Hun bruger aktivt sin sygeplejerskebaggrund i sin ledelse. Hun bruger også sig selv som person og påtager sig opgaver ud over, hvad man kan forvente. Det bliver ikke let at erstatte denne leder med en anden person. Lederen i kommune 2 kan ses som *”den personaleansvarlige leder – på distance”*, som vægter at være leder, koordinator, stedfortræder og supervisor på et mere generelt fagligt plan fremfor sin baggrund som såvel social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent og sygeplejerske. Lederen i kommune 3 kan ses som *”den uddelegerede, fagligheds-mæglende leder”*, som bevidst har fralagt sig sin sygeplejerskebaggrund for at være en leder, der arbejder på at spille teamets medarbejdere gode og styrke deres faglighed og ansvarlighed.

To af lederne oplever, at interne kommunale forhold, som placeringen af visitation og terapeuter i andre enheder, kan gøre det svært for de tværfaglige teams selv at sætte mål, fordele opgaverne samt integrere terapeuterne. Flere leder oplever, at ufaglærte udfordrer planlægningen, men samtidig rummer et rekrutteringspotentiale.



Fra medarbejdernes perspektiv oplever og reagerer faggrupperne forskelligt på de tre leders ledelsesform. Den tæt på og personligt involverede leder gør, at alle slags medarbejdere fastholdes i teamet på grund af hende. Ledere på afstand kan ikke trække på den personlige relation til medarbejderne og kalder på en mere tydelig arbejdsgiver/medarbejder relation. At uddelegere større ansvar til sygeplejerskerne for teamets faglige udvikling uden at have et klart ledermandat kan overfor de andre faggrupper virke som om *"de tror, de er noget"* (reference til sygeplejerskecitater på foregående side). Sygeplejerskerne oplever, at ledelsesopgaverne både giver overblik og fjerner dem fra direkte borgerkontakt og den faglighed, de plejer at udøve.

## 2.6. Teknologier

### 2.6.1. Ledernes perspektiv

I de tværfaglige teams stilles forskellige typer af teknologi til rådighed for medarbejderne.

#### TEKNOLOGIER MATCHER OPGAVEN

Fra et ledelsesperspektiv skal transportmidler og udstyr effektivt og billigst muligt matche de enkelte faggruppers opgavevaretagelse. Lederens opgave er at sikre tilstrækkelige teknologier og koordinere dem, så samarbejdet i de tværfaglige teams og i alle vagter fungerer. Nogle kommuner har fælles løsninger for alle medarbejdere med indkøb og reparation, andre løser disse opgaver mere decentralt.

Når det kommer til transportmidler, har sygeplejersker og terapeuter i kommune 1 og 3 biler til rådighed for at dække store geografiske områder, mens social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter bruger cykler med elmotor, der er tilpasset deres cykelafstande. Akutsygeplejersker i storbykommune 2 skal hurtigt kunne træde til og har en bil. De andre sygeplejersker i kommune 2 har cykler med elmotor, fordi de dækker større geografiske områder end social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, som har kortere afstande og benytter cykler uden elmotor. I kommune 3 har social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter både cykel- og bilruter, fordi der er store forskelle i køreafstande. På grund af det begrænsede antal biler organiseres samkørsel til et område med plejeboliger, hvor flere social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter skal besøge borgere.

Rygsække er en anden slags udstyr, der er praktisk, når medarbejderne transporterer sig rundt mellem borgerne. Social- og sundhedshjælpere i kommune 2 og 3 og social- og sundhedsassistenter i alle tre kommuner har fået tildelt en rygsæk. Her har de typisk mobiltelefon, engangshandsker og overtrækssko. En social- og sundhedshjælper i kommune 1 bruger dog en privat taske. Sygeplejerskerne skal, udover det samme udstyr som social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, også have medicinsk udstyr som f.eks. plaster og blodtryksapparat. De har dertil en større rygsæk. Terapeuter i kommune 1 har rygsække tilsvarende sygeplejerskerne, hvori de kan medbringe træningsudstyr. Der findes også særlige tasker som f.eks. katetertaske og akuttaske, som social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker deler til fagfaglige opgaver.

Alle medarbejdere på tværs af kommuner har desuden IT-udstyr til kommunikation. Alle har en mobiltelefon, så de kan se deres kørelister og kommunikere og koordinere i teamet. Social- og



sundhedsassistenter, sygeplejersker og terapeuter har desuden også iPads, da de skal kunne tilgå journaler, planer og dokumentere mere i IT-systemer.

Tildelingen af mobil og iPad understøtter forskelle i opgaver, men giver også forskelle i, hvordan faggrupperne bruger deres tid i løbet af dagen. Her indgår teknologien og tiden til dokumentation meget forskelligt mellem kommunerne. Social- og sundhedshjælpere har ikke separat tid afsat til dokumentation i dagvagten i nogen af kommunerne. Det forventes, at de registrerer udførte opgaver direkte på mobiltelefonen ved at "swipe" dem. De skal kun dokumentere ved *"uregelmæssigheder"*. Social- og sundhedshjælperne i kommune 1 kan ved særligt behov, f.eks. opdatering af borgerens plejeplan, anmode om tid fra planlæggeren. En planlægger siger: *"lidt en vurdering jeg laver"* (Planlægger, Kommune 1). Social- og sundhedsassistenter i kommune 1 har 15 minutters separat tid til dokumentation i dagvagten, mens social- og sundhedsassistenter i kommune 2 og 3 ikke har separat dokumentationstid. Det er indregnet i tiden afsat til borgerbesøget. Sygeplejerskerne, fysioterapeut og ergoterapeut i kommune 1 har hver 30 minutters separat tid til dokumentation i dagvagten og kan ved behov anmode planlæggeren om mere tid, hvilket altid godkendes. I kommune 2 har sygeplejerskerne ingen separat tid til dokumentation, da den er indregnet i den afsatte tid til opgaven. De kan dog bede planlæggeren om ekstra tid. I kommune 3 har sygeplejersken 1 time om formiddagen og 1 time om eftermiddagen til planlægning og dokumentation, hvilket også fungerer som en buffer til akutte opgaver.

#### UNDERSTØTTELSE AF TVÆRFAGLIGE FORA

Teknologier er desuden forskellige redskaber, som fra et ledelsesperspektiv kan understøtte det tværfaglige samarbejde. I kommune 1 og 3 er teamets mødelokale indrettet med fladskærme, hvor kørelisterne vises til morgenmødet, så medarbejdere, planlægger og/eller leder sammen kan koordinere og tilrette kørelisterne for at skabe helhed og kontinuitet. Medarbejderne kan desuden koordinere i løbet af dagen, da de på deres arbejdsmobiler og iPads kan se samtlige kørelister. I kommune 2 har man valgt, at der ikke er nogen fælles oversigt ved morgenmødet og medarbejderne kan ikke se de andres kørelister. I kommune 2 og 3 anvendes særligt udviklede modeller (bilag D, figur 15, s. 62) til at rammesætte og guide den tværfaglige samtale på teammøderne. I kommune 2 bruges "Hjulet", og i kommune 3 et triageredskab. Lederne ser disse værktøjer som måder at strukturere tværfaglige gennemgange af borgerforløb, inddrage alle faggrupper og dele viden og sprog. Leder i kommune 3 siger om triageringen: *"det skal være en kultur, vi har ude i gruppen"* (Leder, Kommune 3). I kommune 1 faciliterer lederen den tværfaglige samtale om borgerforløb. Hendes oplevelse er: *"det sker faktisk meget automatisk, at alle faggrupper bidrager, fordi når de kommer hos den borger alle sammen, så vil de bare gerne sige noget"* (Leder, Kommune 1). Her er det opgaven, der kalder på medarbejdernes forskellige bidrag.

#### 2.6.2. Medarbejdernes perspektiv

Fra medarbejdernes perspektiv understøtter teknologierne de nye samarbejdsrelationer og kommunikationen i de tværfaglige teams, men de skaber samtidig også forskellige udfordringer.



## TVÆRFAGLIGHEDSSKABENDE TEKNOLOGIER BATTER

At skabe et fælles sprog og en fælles forståelse af, hvordan teamet identificerer og løser tværfaglige problemstillinger, er en vigtig opgave. Her kommer "Hjulet" eller triagering i spil. Medarbejderne i kommune 2 oplever, at de med "Hjulet" går systematisk til værks og får afdækket problematikker. En social- og sundhedsassistent siger: *"om onsdagen, så har vi en fokusborger (...) og så gennemgår vi hele hjulet. Det er jo med alt, hvad det indebærer i hjemmet og alt det der, ikke? Jo. Det er godt. Fordi så kommer du rundt og sige; hvad er det for en borger vi har? Hvad er problematikkerne? Og så kører vi hjulet. Og så alt, hvad der står inde i felterne, fald eller er der behov for hjælpemidler, er de sengeliggende, mobilitet, og så går man igennem sådan noget. Så batter det"* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 2).

Modsat synes triageringsredskabet ikke på samme måde at give mening hos medarbejderne i kommune 3. En social- og sundhedsassistent synes derfor kun, at det vedkommer hende, hvis det drejer sig om hendes egne borgere. Hun siger: *"Når det er borgere, jeg ikke kommer hos, så kan jeg ikke rigtig se ideen i, at vi skal sidde så mange mennesker og snakke om det"* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 3). For hende er det ikke blevet tydeligt, at dette også er en fællesfaglig opgaveløsning og udvikling. "Hjulet" rummer derimod både service- og sundhedsopgaver og er konkret, så alle kan tale med og se sig selv i det, mens triageredskabet taler mere ind i en sundhedsfaglig og sygeplejefaglig tankegang, hvorfor ikke alle medarbejdere nødvendigvis kan se sig i det.

## OPRETHOLDELSE AF FORSKELLE MELLEM FAGGRUPPERNE

Forskellene i tildeling af transportmidler og udstyr tydeliggør ikke kun, at medarbejderne har forskellige uddannelser og faglige kompetencer, men også at der hører forskellige privilegier, anerkendelse og status med til hver af de opgaver, der løses. De forandringer i opgaver og kompetencer, som må til i det tværfaglige teams, kunne lægge op til at ændre også på de hierarkier, som allerede findes mellem medarbejderne. Når man deler mødelokale, bliver det måske mere tydeligt, at social- og sundhedshjælperne ikke har en rygsæk, som alle de andre medarbejdere. En social- og sundhedsassistent fortæller f.eks. om, hvordan sygeplejerskerne har en særlig taske med måleudstyr. Hun fortæller om tasken: *"Det er kun sygeplejersker, og det står højt og tydeligt; kun sygeplejersker (...) Det må de. Vi må ikke"* (Social- og sundhedsassistent 1, Kommune 2). En anden social- og sundhedsassistent, der for nyligt er oplært i kateteranlæggelse, siger ligeledes højt ud i grupperummet, at hun nu tager den særlige katetertaske, som ellers er forbeholdt sygeplejerskerne og enkelte social- og sundhedsassistenter (Feltnoter, Kommune 1).

Når social- og sundhedshjælpere har mobiltelefoner, mens de andre faggrupper også har iPads, kan det forklares med, at social- og sundhedshjælpere ikke skal dokumentere. Men når en social- og sundhedsassistent overtager en opgave med dokumentation fra en sygeplejerske, men dennes tid til dokumentation ikke automatisk følger med, så tydeliggøres forskelle mellem faggrupperne. Det er komplekst at administrere tildelingen af opgaver, teknologier og kompetencer i en forandring, hvor opgaverne kan skifte plads.



## STRESS-SKABENDE

På tværs af kommunerne er mobiltelefoner og iPads afgørende for arbejdet, men netop derfor kan de også skabe stress. Som en social- og sundhedsassistent fortæller om, når de møder ind: "*folk sidder med deres mobiltelefon, nøgler skal hentes, telefonerne skal tændes. På 8 minutter (morgenmødet). Og nogle gange så er der opdateringer på vores telefoner. De tager 20 minutter*" (Social- og sundhedsassistent, Kommune 2). Flere medarbejdere vælger derfor at tænde deres udstyr hjemmefra for at kunne se kørelisterne og undgå at være bagud. Derudover skal både mobil og iPad være klar inden morgenmødet i teamet, hvor dagsplanerne kan justeres. Medarbejderne oplever, at det forventes, at de inddrager en del ikke-betalt tid, før de møder, men at se kørelisten på forhånd kan også optage tankerne. En social- og sundhedsassistent er holdt op med det tjekke kørelisten hjemmefra, da det stressede hende. Hun siger: "*så jeg har sagt til mig selv, at jeg ikke kigger på min køreliste. Jeg møder og så tænder jeg for min computer eller min mobil og så kigger jeg på hvad jeg har, og så tager jeg den derfra*" (Social- og sundhedsassistent, Kommune 1). Det fremgår ikke af interviewene, hvorvidt forventninger er deres egne eller ledelsens.

### 2.6.3. Opsummering

Fra et ledelsesperspektiv skal teknologier som transportmidler, IT- og andet udstyr matche medarbejdernes opgavevaretagelse og muliggøre tværfaglig kommunikation, koordinering og samarbejde. Arbejdstilrettelæggelse og dokumentation understøttes af IT-udstyr og -systemer, som er vigtige både internt i teamet og som forbindelse til planlægger og kommunen opadtil. Der er store forskelle i tildelingen af teknologier og tid mellem faggrupper både inden for og på tværs af kommunerne. Specifikke teknologier, der kan dele viden og guide det tværfaglige samarbejde, er særligt vigtige for at binde de tværfaglige teams sammen.

Fra medarbejdernes perspektiv tydeliggør tildelte teknologier og tid også forskelle i uddannelse og faglige kompetencer mellem faggrupperne. Nogle teknologier kan ikke forklares med et match til bestemte opgaver, hvilket kan skabe en oplevelse af ulighed mellem medarbejderne. Andre teknologier kan skabe stress. Når opgaver skifter faggruppe, men f.eks. tildelingen af tid til dokumentationssystemerne ikke følger med, forstærkes uligheden. De særligt udviklede teknologier og den tid, der bruges til at guide det tværfaglige samarbejde, har potentiale for at understøtte både tværfaglige og fagfaglige tilgange. I begge tilfælde forventes det, at alle deltagere i møderne synes det giver mening og deltager aktivt, men det lykkes ikke altid at inddrage og motivere alle i teamet.

## 2.7. Planlægger(e)

### 2.7.1. Ledernes perspektiv

Planlæggerne i de tre kommuner har stor indflydelse på vilkår og rammer for at arbejde både fagligt og tværfagligt. Planlæggere formidler mellem leder og medarbejderne i tilrettelæggelsen af kørelister og har en nøglerolle i teamets mulighed for at nå målet om helhed og kontinuitet.



## TÆT SAMARBEJDE MELLEM LEDER OG PLANLÆGGER

Planlæggere og ledere har et tæt samarbejde, men i kommune 1 og 3 er dette tættere end i kommune 2. I kommune 1 sidestiller planlæggeren samarbejdet med lederen med *"et ægteskab"*, mens leder i kommune 3 siger: *"Jeg har meget tæt samarbejde med X, som er min planlægger. Vi taler rigtig meget om ruterne"* (Leder, Kommune 3). I kommune 2 er det planlæggerteamet, der laver kørelisterne, men lederen lægger dem, hvis planlæggeren er fraværende. Lederen fortæller: *"vi har et rigtig godt samarbejde, fordi jeg kan også, hvis hun (planlægger) ikke er på arbejde en dag, så har jeg lært langt om længe at planlægge for medarbejderne"* (Leder, Kommune 2).

Planlæggerne har ansvar for at lægge kørelisterne i de tværfaglige teams. En leder siger om sin planlægger, at hun: *"står fuldt ud for planlægningen og for at få borgerne ind på listerne og få sikret, at de får de ydelser, det skal være"* (Leder, Kommune 3). Planlægger i kommune 1, der selv har kørt som social- og sundhedshjælper i mange år, ser det som et stort *"kludetæppe"* eller *"et meget stort puslespil"* at lave alle kørelisterne i teamet. Hun har hver enkelt medarbejders kompetencer *"inde i hovedet"*. Lederen eller sygeplejerskerne opdaterer hende, når en social- og sundhedshjælper eller social- og sundhedsassistent er oplært hos en borger i en ny opgave. Planlæggeren for social- og sundhedshjælperne i kommune 2 har ligeledes fuldstændig styr på, hvad hver enkelt social- og sundhedshjælper kan, da der ikke er stor udskiftning i social- og sundhedshjælpergruppen. Hun ser udover de faglige kompetencer på medarbejdernes personlige kompetencer. F.eks. er nogle social- og sundhedshjælpere særligt kompetente til at håndtere borgere med psykiske udfordringer, mens andre er dygtige til at arbejde med borgere, der har ernæringsproblemer.

## SAMARBEJDE MED DE ØVRIGE MEDARBEJDERE OM KØRELISTER

Når planlæggeren har udarbejdet kørelisterne, videreformidles de til de medarbejdere, der skal følge dem. Denne kommunikation håndteres forskelligt i de tre kommuner. I kommune 1 og 3 justeres kørelisterne i fællesskab med medarbejderne under morgenmødet. En planlægger siger: *"der er det jo den der tværfaglighed, at der er jeg jo afhængig af hjælpere, assistenter, sygeplejersker og terapeuter til at fodre mig med, hvad der er vigtigt og ikke vigtigt"* (Planlægger, Kommune 1). I kommune 2 lægger planlæggerne kørelisterne mere selvstændigt. Når kørelisterne ændres i løbet af dagen pga. sygdom, går lederne rundt i grupperummet og siger til medarbejderne: *"opdater jeres kørelister!"*. Ifølge planlægger i kommune 2, kan medarbejderne tilkendegive ønsker til kørelister og borgere, i modsætning til tidligere, hvor planlæggerne alene lagde kørelisterne.

## GATEKEEPER

Planlæggerne har en slags gatekeeperfunktion til tid, ruter og ydelser. I kommune 1 er det planlæggeren, der vurderer medarbejdernes anmodning om ekstra tid til dokumentation eller ønsker om, at en anden faggruppe skal se borgeren. Planlæggeren vurderer også om medarbejdernes faglige ønsker om tid til en opgave harmonerer med den tid, der er afsat af visitationen. Hun siger: *"i forhold til træningen kan ergoterapeuten komme ind med deres faglighed, og jeg kan komme ind med personale-perspektiver. Altså, hvad der er mulighed for, tidsmæssigt. Og selvfølgelig skal jeg overholde kommunens visitationer inden for tiden"* (Planlægger, Kommune 1).





## BINDELED TIL VAGTER OG SPECIALISTER

Planlæggerne fungerer også som bindeled mellem dag-, aften- og nattevagten og til de fagfaglige specialister. Der er i ingen af de tre kommuner fysisk overlap mellem de tre vagter, som indgår i døgnbemandingen af ældreplejen. Mange medarbejdere i dagvagten hverken kender eller har set medarbejderne i aften- og nattevagten. Al kommunikation mellem vagterne foregår på skrift via dokumentationssystemet, men kan hjælpes på vej som i kommune 2 gennem planlæggeren for aftenvagten, som i dagtimerne sidder på kontoret.

### 2.7.2. Medarbejdernes perspektiv

Fra medarbejdernes perspektiv spiller planlægger(e) af teamets kørelister en central rolle for udformningen af arbejdsdage og for mulighederne for tværfagligt samarbejde i alle tre kommuner.

## MEDINDDRAGELSE PÅ KØRELISTEN

Medarbejderne i de tre kommuner har forskellig indflydelse på deres kørelister, hvilket skaber forskellige udfordringer for deres trivsel og engagement i det tværfaglige samarbejde i teams.

Social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i kommune 1 og 3 inddrages af planlæggeren ved morgenmødet i processen med at tilrette deres egen og de andres kørelister. De oplever at have medindflydelse og -ansvar for at koordinere kørelisterne, når de ser på det sammen på en fladskærm. Samtidig oplever en social- og sundhedsassistent i kommune 3, at netop medansvaret f.eks. ved sygdom kan skabe en dårlig stemning fra morgenstunden i teamet, fordi det altid er de samme, som føler sig pressede til at byde ind og tage flere borgere.

Social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i kommune 2 har derimod begrænset indflydelse på deres køreliste og på koordinering og tilretning af kørelister i teamet. De kan ikke se hinandens kørelister, som alene er lagt af planlæggerteamet. Det skaber frustration. En social- og sundhedsassistent siger: *"hver mand passer på sit eget. Og det skal man jo også tænke på. Nogle har måske en halv time og kan tage den borger, men vi kan ikke se det. Det er jo planlæggerne og lederne og dem, der har computeren, der kan se, hvad der foregår"*. Hun fortæller videre: *"du kan ikke se de andres lister. Det vil sige, at når vi en dag er nede hos en borger, og der lige pludselig kommer en sygeplejerske efter, eller en hjælper, eller et eller andet, hvor det ikke er koordineret, det er jo fordi, du kan jo ikke se de andres lister"* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 2). En sygeplejerske oplever ligeledes frustration, når: *"at ens rute er mærkelig, og at man ikke får lov til at følge de borgere, som man måske har fulgt, og så er der pludselig en anden, der skal have den borger, som du havde dagen før"* (Sygeplejerske, Kommune 2). Det fører også til dobbeltbookinger, hvor som en sygeplejerske fortæller: *"man kan også opleve, at der sidder en sygeplejerske i forvejen, og så kommer jeg også som sygeplejerske, fordi jeg har fået en helt anden opgave"* (Sygeplejerske, Kommune 2). Her er det tydeligt, hvordan organiseringen og kommunikationen fører til forhold, som er baggrunden for ønsket om tværfaglige teams' helhed og kontinuitet. Det opleves desuden ufleksibelt og svært at hjælpe andre i teamet, når planlæggeren er gatekeeper. Fordelene ved fleksibiliteten i de tværfaglige teams, hvor medarbejderne kan tage over for hinanden reduceres, når kun planlæggeren kan se kørelisterne og skal koordinere og godkende alt.



## BETYDNINGEN AF AT KENDE SIN KØRELISTE

Det er vigtigt for medarbejdernes trivsel at kende og have indflydelse på deres kørelister. I kommune 1 bestræber leder og planlægger sig på, at social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter kender deres rute, inden de møder ind. Dette er muligt, da de primært har faste kørelister med faste borgere. I kommune 2 kender social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker først deres kørelister, når de møder. Ændringer kan desuden ske på få sekunder, uden at medarbejderne får en forklaring eller har indflydelse på det. En sygeplejerske har besluttet, at uden indflydelse på egen hverdag handler det blot om at gå på arbejde, løse opgaverne og tage hjem. Sygeplejersken lægger ikke samme energi og engagement i sit arbejde som tidligere (Feltnoter, Kommune 2). Teamet i kommune 3 har været udfordret af stress, og en social- og sundhedsassistent tror, at det netop handler om, at folk tjekker deres kørelister dagen før og indstiller sig på noget, som så bliver anderledes (Feltnoter, Kommune 3).

## PLANLÆGGERE = DE NÆRE ARBEJDSGIVERE

Planlæggerne udfører de konkrete ledelsesopgaver med at tilrettelægge de øvrige medarbejderes arbejde. I kommune 2, hvor samarbejdet mellem leder og planlægger ikke er så tæt og kørelisterne og opgaver ikke tæt bakket op af lederen, siger de øvrige medarbejdere mere direkte fra overfor planlæggerens dispositioner. Det kom til udtryk i en situation, hvor planlæggeren fra aftenvagten meldte ud til dagholdet, at de skulle påtage sig en opgave med indkøb for en borger. I teamet havde dagholdet tidligere besluttet, at borgeren selv skulle klare denne opgave. Der opstod en konflikt, da planlæggerne bad medarbejderne "*rette ind*" og forlod rummet. En social- og sundhedshjælper sagde til de andre "*det her går ikke*" og påtog sig at forhandle med planlæggeren. Ti minutter senere kom hun tilbage og meddelte resten af gruppen, at de fastholdt den oprindelige aftale. Social- og sundhedshjælperen fortæller efterfølgende, at der ofte opstår misforståelser mellem dag- og aftenvagten, fordi de aldrig taler sammen, men hun håndterer gerne konflikterne tidligt og er ikke bange for at diskutere med planlæggerne (Feltnoter, Kommune 2).

### 2.7.3. Opsummering

Fra et ledelsesperspektiv spiller planlæggerne en central og magtfuld rolle i den daglige ledelse af de tværfaglige teams. I flere kommuner arbejder lederne tæt sammen med planlæggerne om kørelisterne, der kan ses som konkretiseringen af det tværfaglige samarbejde i forhold til opgavefordeling og opgaveglidning mellem medarbejdere med forskellige faglige og personlige kompetencer. Der er store forskelle mellem kommunerne i graden af medarbejderinddragelse.

Fra et medarbejderperspektiv giver medindflydelse og forudsigelighed i arbejdstilrettelæggelsen et godt arbejdsmiljø, mens manglende viden, gennemsigtighed og indflydelse påvirker den enkeltes trivsel, engagement samt teamets muligheder for at udnytte fordelene ved det tværfaglige samarbejde.

Planlæggere har en mellemliderfunktion som gatekeeper til koordinering af tid, ydelser og kommunikation til visitationen. Planlæggerne fungerer også som bindeled mellem dag-, aften- og nattevagten og til de fagfaglige specialister. En situation hvor en planlægger giver instrukser, der



modsiges beslutninger truffet i det tværfaglige team, illustrerer et sammenstød mellem social- og sundhedshjælperne og planlæggeren.

## 2.8. Tid & rum

### 2.8.1. Ledernes perspektiv

Lederne har en opgave med at skabe tid og rum for, at deres medarbejdere kan mødes som tværfagligt team både i løbet af dagen og i længerevarende tværfaglige møder.

#### FYSISK TILSTEDEVÆRELSE AF BESTEMTE FAGGRUPPER VÆGTES

Alle lederne lægger vægt på, at social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker sidder fysisk sammen og drøfter borgerne ved de daglige teammøder. For lederne i kommune 1 og 3 er det tillige vigtigt, at sygeplejerskerne spiser frokost sammen med social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. Her er teamets mødelokales funktion som frokoststue en helt central ramme. En leder siger: *"det der gør, at det virker, det er simpelthen at sygeplejerskerne, hjælperne og assistenterne har et tæt kendskab til hinanden. Der er noget relationelt, så de er ikke bange for at gå til en sygeplejerske. Eller de er ikke bange for at tage fat i nogen, fordi de kender hinanden godt. Og derfor er det meget vigtigt for mig, at sygeplejerskerne er synlige i gruppen. De skal spise frokost inde i gruppen"* (Leder, Kommune 3). Lederne tænker ikke terapeuterne ind på samme måde. I kommune 1 spiser terapeuterne ofte sammen med administrationen. I kommune 2 og 3 indgår de ikke alle dage i teamet, men i kommune 2 har terapeuterne selv valgt at spise frokost med social- og sundhedshjælperne, når de deltager i de tværfaglige møder. Det er i frokostpausen i fællesrummet, medarbejderne etablerer og vedligeholder vigtige faglige og sociale relationer. Den fællesfrokost er med til at skabe de tværfaglige teams.

#### NEDTONING AF FAGFAGLIGE RUM

I indretningen og fordelingen af de rum, teamet har til rådighed, forsøger lederne at betone det fælles og til gengæld at nedtone hver enkelt faggruppes fagfaglighed. I kommune 1 har terapeuterne et *"uofficielt terapeutrum"*, som hedder sådan, fordi der ifølge den overordnede linje i kommunen ikke må være kontorer for de enkelte faggrupper. Lederen ved, at sygeplejersker og terapeuter efterspørger fagfaglige fora, mens social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter ikke gør det i samme grad. Hendes forklaring er, at mens der kun er én fysioterapeut, én ergoterapeut og 1-2 sygeplejersker i dagvagten, så er der altid flere social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter sammen. På den måde er de allerede sammen med nogen af *"egen slags"*. Lederen arbejder derfor på at skabe fagfaglige rum til sygeplejersker og terapeuter. I kommune 3 sidder sygeplejerskerne i det, som alle medarbejderne omtaler som *"sygeplejerskernes kontor"*, men som lederen fastholder at betegne som et *"dokumentationsrum"*. Nedtoningen går igen i de to kommuners betegnelser af ældreplejen som henholdsvis *"Ældredistrikter"* og *"Døgnglejen"*. I kommune 2 sidder sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på deres eget fælles kontor adskilt fra social- og sundhedshjælperne, hvilket modsvarer opdelingen *"Hjemmesygepleje og Hjemmehjælp"* i denne kommune. Rumindretning og rummenes officielle og uofficielle navne modsvarer dermed kommunernes mere overordnede organisering.



### 2.8.2. Medarbejdernes perspektiv

Netop rammesætning af tid og rum i det tværfaglige team opleves fra medarbejdernes perspektiv at give forskellige udfordringer.

#### KOMPENSERE FOR MANGLENDE TID TIL TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Medarbejderne indretter sig på den afsatte tid til samarbejdet i det tværfaglige team. Mange medarbejdere på tværs af kommunerne bruger frokosten som et tidspunkt, hvor det tværfaglige team kan mødes på en lidt uformel måde. Deltidsansatte tager frokosten med og spiser sammen med de andre, selvom de har fri. En sygeplejerske bruger frokosten til kollegial sparring med social- og sundhedsassistenter og andre sygeplejersker. Sygeplejersken siger: *"det kan man ikke rigtig undgå, når man sidder til frokost, hvordan gik det egentlig hos ham der?"* (Sygeplejerske, Kommune 2). Hverdagsterapeuterne i kommune 2 oplever også, at det 8-minutters tværfaglige møde til middag ikke er tilstrækkeligt til at drøfte borgerne, så derfor tager de sammen med social- og sundhedshjælperne frokosten i brug. Som hun siger: *"rigtig meget af det tværfaglige møde, holder vi i deres (social- og sundhedshjælpernes) frokostpause"* (Hverdagsterapeut, Kommune 2).

Frokosten bruges også til dokumentation. I kommune 2 er dokumentationstiden inkluderet i den tid, der afsættes til borgerbesøget. En social- og sundhedshjælper fortæller: *"nogle gange, hvis man ikke når det, kommer man og står og dokumenterer, mens vi spiser frokost. Men al dokumentation skal foregå, mens vi har borgere på vores lister"* (Social- og sundhedshjælper, Kommune 2).

Medarbejderne vil gerne samarbejdet i teamet, men mange eksempler viser, at det er vanskeligt for dem at få tilstrækkelig tid til det. De kompenserer derfor på forskelligvis for f.eks. at få tid til overlevering mellem vagterne og til at udveksle om opgaver i borgerforløbene og dokumentation af disse. Der er desuden ingen tid afsat til overlap mellem vagterne i de tre kommuner. En social- og sundhedsassistent møder hver dag ind en time før hendes dagvagt begynder for at koordinere med nattevagten, da der ellers er en halv times slip mellem natte- og dagvagten. Den ansvarlige medarbejder bruger dermed af sin egen tid for at få arbejdet til at glide.

#### TID AF SÆRLIG BETYDNING FOR MEDARBEJDERNE

Det, der presser medarbejderne mest, er forskellen mellem den tid, der er afsat til opgaven hos borgeren, og den tid, opgaven faktisk tager. Der er f.eks. i en kommune afsat 5 minutter til øjendrypning med to præparater hos en borger. Det foreskrives, at der skal gå 5 minutter mellem det første og det næste præparat, hvorfor det er umuligt for medarbejderen at udføre øjendrypningen med den afsatte tid. Transporttiden mellem borgernes hjem på ruten og tid til medarbejdernes toiletbesøg er også en slags usynlig tid, som medarbejderne selv må forsøge at få til at gå op. En medarbejder orienterer sig i sin køreliste fra morgenstunden for på forhånd at udvælge en borger med et toilet, som kan benyttes. Der er ikke lagt tid til toiletbesøg i kørelisten, og man kan ikke nå tilbage på kontoret uden at komme bagefter (Feltnoter, Kommune 2). Der er heller ikke afsat tid til at tale med pårørende i kørelisterne, så nogle medarbejdere bruger også deres frokostpausen til dette. I kommune 1 ønsker lederen at være involveret i kontakten med pårørende.



## RUM TIL DOKUMENTATION

Sygeplejerskerne i kommune 1 efterlyser et rum med ro til at dokumentere og foretage opkald til f.eks. praktiserende læger. De fremhæver, at de ligesom terapeuterne har en skærpet dokumentationspligt, men indtil videre er det kun terapeuterne, der har deres uofficielle terapeutkontor. I kommune 3 har sygeplejerskerne eget kontor, mens sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i kommune 2 deler kontor, hvor dokumentationen kan foregå.

## FAGFAGLIGE RUM OG FORA

Sygeplejersker og terapeuter efterspørger således rum til kontoropgaver, men også fagfaglige rum og fora, hvor de er fysisk sammen med nogen af "egen slags". Sygeplejersker på tværs af kommunerne og terapeuter i kommune 1 efterspørger helt konkret: *"et rum, hvor vi kunne have en kalender hængende, hvor vi automatisk hørte til"* (Sygeplejerske, Kommune 1). En sygeplejerske forklarer det på denne måde: *"hvis nu jeg vil være god til at spille tennis, så har jeg brug for at være sammen med en, der er lige så god eller dygtigere til at spille tennis. Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter er måske gode til fodbold, men det er ikke det samme"* (Feltnoter, Kommune 1). Sygeplejerskerne argumenterer således for, at de fagfaglige rum bidrager til, at de kan udvikle sig fagligt. En anden sygeplejerske siger: *"at man lærer af hinanden, og man dygtiggør hinanden ved at snakke sammen med andre sygeplejersker"* (Sygeplejerske, Kommune 2).

Sygeplejerskerne oplever, at ændringen fra en fagfaglig organisering, hvor de arbejdede i en streng med andre sygeplejersker, til en tværfaglig organisering i teams med andre faggrupper, har ført til, at de er den eneste af "deres slags" i deres team i dagvagten. Når sygeplejerskerne i kommune 1 deler kontor med social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, ser de ikke andre sygeplejersker i løbet af dagen, bortset fra lederen, som også er sygeplejerske. I kommune 2 og 3 deler sygeplejerskerne kontor med sygeplejersker fra andre teams, men ofte ses de kun, inden de kører ud, og der har de sjældent tid til at tale sammen. Et rum er godt, men ikke tilstrækkeligt til at sikre tid til samtaler, da megen arbejdstid bruges ude hos borgerne. Der er derfor behov for fastsatte fagfaglige møder.

Fysioterapeut og ergoterapeut i kommune 1 er også de eneste af "deres slags" i dagvagten. Terapeuterne i kommune 2 og 3 efterspørger ikke fagfaglige fora. I kommune 2 er hverdagsterapeuten organiseret i en fagfaglig enhed med andre terapeuter, og i kommune 3 sidder terapeuten på kontor med en anden hverdagsterapeut. Ergoterapeuten, som sidder på det uofficielle terapeutkontor med en fysioterapeut, ville dog fortsat ønske at have en ergoterapeut at sparre med, fordi: *"vi har jo samme måde og samme syn på borgeren og samme syn på, hvad betyder det at træne, og hvad betyder rehabilitering for os"* (Ergoterapeut, kommune 1). Fysioterapeuten og ergoterapeuten i kommune 1 skaber flere fagfaglige rum både med det uofficielle terapeutrum, og desuden mødes de til et 1½ times frokostmøde hver måned med terapeuter fra hele ældredistriktet, hvor de har tid både fysioterapeuter og ergoterapeuter hver for sig og sammen. Sygeplejerskerne i kommune 1 har ikke på samme måde fagfaglige fora.



Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter efterspørger ikke fagfaglige rum, måske fordi de allerede er sammen med nogen af deres "egen slags" i fællesrummet, som er blevet det rum, hvor hele det tværfaglige team nu har hjemme.

### FORSKELLIGE RUM SKABER FORSKELLE

Tværfaglighed og fagfaglighed er således på spil i den måde rummene fordeles og indrettes. Med rum kan der både skabes fællesskab og afstand. Kommunernes forskellige måder at fordele rum og deres erfaringer med det, afspejler de handlerum, som de har i forvaltningen af opdeling eller sammentænkning af de tidligere adskilte strenge for hjemmesygepleje og hjemmehjælp, som i opbygning svarer til opgaver under Sundhedsloven og Serviceloven. I forhold til faggrupperne er der en skillelinje mellem sygeplejersker og terapeuter på den ene side, og social- og sundhedshjælpere og ufaglærte på den anden side. Social- og sundhedsassistenterne er i en mellemposition. De kan derfor være placeret i begge fagfaglige rum.

Den opdeling af teamet i forskellige rum kan rejse spørgsmålet om, hvorvidt alle medarbejdere faktisk er en del af teamet. I kommune 1 oplever de øvrige medarbejdere en afstand til terapeuterne, som sidder på eget kontor. En sygeplejerske siger: *"terapeuterne har et kontor, hvor de sidder, og de spiser frokost sammen med administrationen, og så mister man bare lidt følingen med hinanden, når vi ikke er sådan tæt, ligesom vi andre er"* (Sygeplejerske, Kommune 1). En social- og sundhedsassistent beskriver en situation, hvor ikke alle var velkomne på de andres enemærker: *"vi har haft ballade over, at vi har holdt en fest inde i sygeplejergruppen, og SOSU-hjælperne måtte ikke komme med. Det var sygeplejerskerne og assistenterne, ja (...). Vi er en hel arbejdsplads. Men det er vi jo ikke"* (Social- og sundhedsassistent, Kommune 2).

### FORSKELLIGE MØDETIDER GØR FAGTRADITIONER SYNLIGE

Forskellige mødetider og måder at klæde om til uniform gør fagtraditioner synlige for medarbejderne. Fysioterapeuten i kommune 1 møder kl. 8 og klæder herefter om og sætter sin madpakke i køleskabet. Fysioterapeuten har sandsynligvis været vant til dette fra sygehuset. Social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker møder kl. 7.15 omklædte og har lagt madpakken i køleskabet. De har desuden hjemmefra orienteret sig enten om aften eller morgen i deres køreliste. En social- og sundhedshjælper siger om fysioterapeuts mødetid: *"Hun møder lidt senere. Jeg ved ikke lige hvorfor"* (Social- og sundhedshjælper, Kommune 1).

#### 2.8.3. Opsummering

Lederne forsøger at skabe tid og rum til samarbejdet i de tværfaglige teams og ønsker, at rumfordelingen nedtoner en fagfaglig rumfordeling. Lederne lægger vægt på fælles fysisk tilstedeværelse og samarbejde mellem social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker og er opmærksomme på den fælles frokost som et sted, hvor det tværfaglige team kan lykkes. Terapeuterne, som er placeret i andre enheder, tænker lederne ikke ind.

Medarbejderne indretter sig så vidt muligt på den tid, der er afsat til arbejdsopgaverne og til det tværfaglige samarbejde. Når det ikke går op, kompenserer medarbejderne i vidt omfang



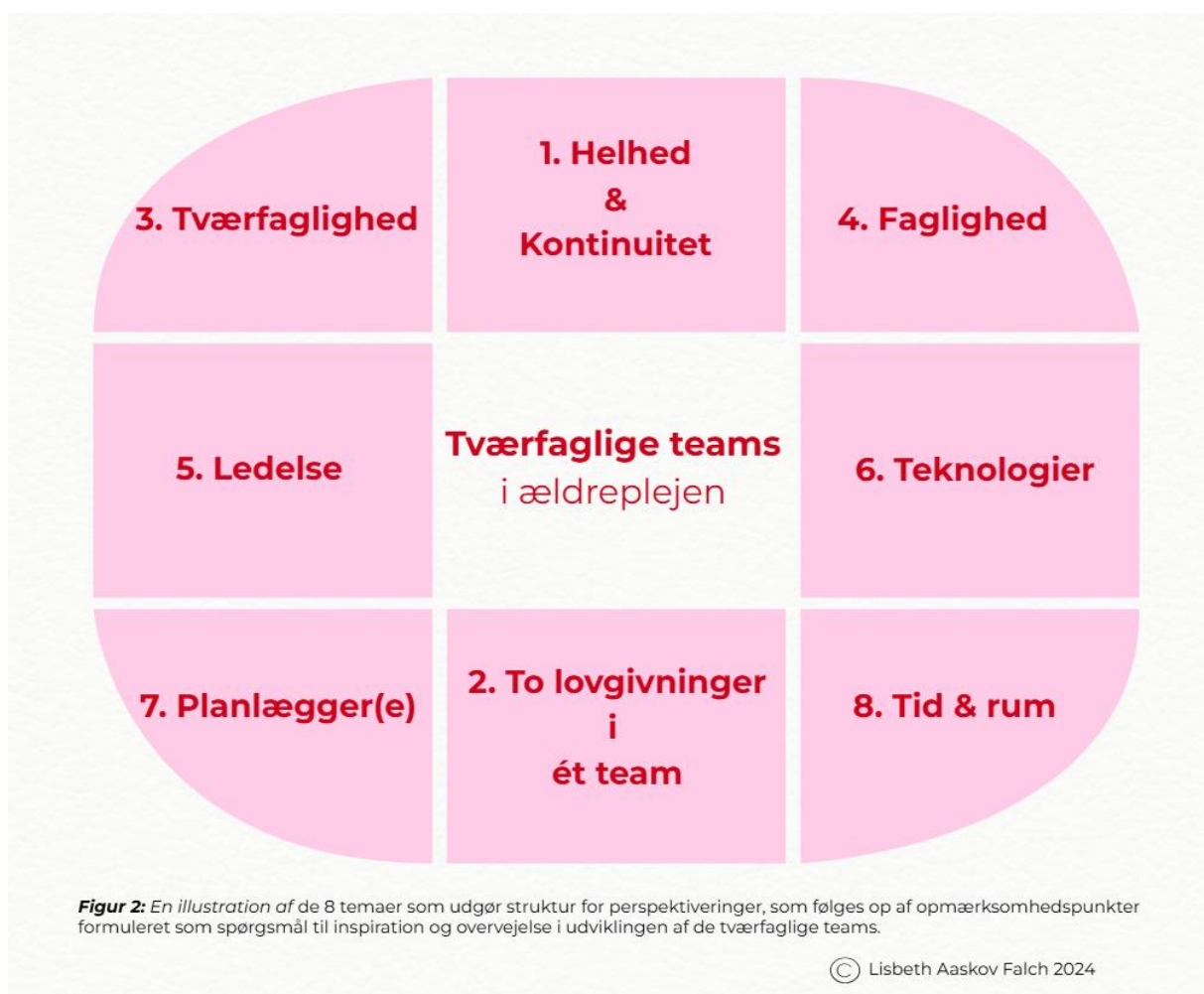
personligt hver især for uhensigtsmæssigheder. De tager f.eks. frokosten i brug til samarbejde, kollegial sparring, dokumentation og samtaler med pårørende. Én møder desuden ind før arbejdstids begyndelse for at koordinere med nattevagten. Det som udfordrer medarbejderne er særligt, forskellen mellem den tid der er afsat i kørelisterne, og den tid det tager at løse opgaverne hos borgerne, samt selv at kunne nå at gå på toilettet.

Lederne forsøger at nedtone de enkelte faggruppers fagfaglighed i indretningen af teamets arbejdsrum og organiseringen af opgaver. Medarbejderne oplever på den anden side, at opdelingen i fagfaglige rum kan skabe afstand, der går imod ideen om de tværfaglige teams som en enhed. Sygeplejersker og terapeuter ønsker også at have rum til dokumentation og rammesat tid til fagfaglige sparring og udvikling med nogle af *"egen slags"*. Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter er allerede sammen med flere af *"egen slags"* og efterspørger måske derfor ikke dette. Ligeledes kan forskellige mødetider og måder at klæde om på inden eller udenfor arbejdstiden tydeliggøre forskellige fagtraditioner mellem faggrupperne.



### 3. Opmærksomhedspunkter til udviklingen af tværfaglige teams

I kapitlet gives en perspektivering for hver af de otte temaer (figur 2) i det foregående kapitels tematiske analyse på tværs af en provins-, storby-, og en oplandskommunes organisering i tværfaglige teams. Disse følges op af opmærksomhedspunkter, formuleret som spørgsmål til inspiration og overvejelse i udviklingen af kommunale tværfaglige teams. Da kommunernes organisering, vilkår, rammer og deres måde at skabe og udvikle tværfaglige teams er meget forskellige, udpeger rapporten derfor nogle opmærksomhedspunkter og stiller spørgsmål, som kommunerne hver især kan drøftes i deres udvikling af tværfaglige teams.



#### 3.1. Helhed & Kontinuitet

Denne tematisk analyse viser, at såvel ledelser som alle medarbejdergrupper på tværs af kommunerne deler disse to centrale mål for den tværfaglige teamorganisering i ældreplejen: "Helhed og Kontinuitet". De tre kommuner har fundet hver deres måde at fortolke og omsætte dem på. Hel-





hed og kontinuitet viser sig ved at være andet og mere end den enkelte medarbejders faste køreliste og relation til borgerne. Målene kan også opnås gennem faste kontaktpersoner, eller ved at alle medarbejdere i et tværfagligt team kender og kommer hos borgerne. Opdaterede døgnrytme- og plejeplaner i et team kan desuden gøre, at borgerne mærker fælles mål og plan på tværs af de faggrupper og de enkelte medarbejdere, som de møder. Analysen viser også, at borgere i nogle tilfælde efterspørger fagfaglighed, ligesom det skaber fleksibilitet og effektivitet i opgavevaretagelsen, at nogen medarbejdere er fast tilknyttet enkelte borgere, mens andre er og foretrækker at være flyvere. Det er muligt at arbejde videre med dette tema kommunalt. På baggrund af dette tema kan følgende overvejes:

- Hvordan kan målene om helhed og kontinuitet forstås og organiseres i praksis?
- Hvilke måder er mest velegnede til at skabe helhed og kontinuitet i forskellige kommunale tværfaglige teams og borgerforløb?
- Hvordan mødes borgernes forventninger til både fagfaglighed og kontinuitet i de tværfaglige teams?
- Hvordan kan "flyvere" være med til at understøtte en grundlæggende organisering i tværfaglige teams, og hvilke opgaver er det meningsfuldt at flyvere varetager?

### 3.2. To lovgivninger i ét team

Denne temaanalyse handler om, at de tværfaglige teams i ældreplejen løser opgaver under både Sundhedsloven og Serviceloven. At omstille organiseringen af de fem faggruppers opgaver og arbejdsdeling fra den fagfaglige organisering, som i høj grad er bygget op omkring lovgivningerne, til en tværfaglig organisering, bygget op om målene om helhed og kontinuitet, indebærer strukturelle udfordringer. De eksisterende faglige forskelle i uddannelser og autorisationer (fire ud af de fem faggrupper har autorisationer) har skabt hierarkier mellem faggrupperne for sundhed, pleje og omsorg og udstikker rammerne for, hvem der kan og må gøre hvad. Det kan besværliggøre samarbejdet i de tværfaglige teams. Social- og sundhedsassistenterne har i de tværfaglige teams de stærkeste kompetencer til at løse opgaver under begge lovgivninger. Deres placering midt imellem de to lovgivninger og mellem de fagfaglige og tværfaglige samarbejdsformer i forskellige variationer i kommunerne peger på, at der er strukturelle forhold, der ikke kan løses på team-, kommune- eller faggruppeniveau, men bør medtænkes i politiske og juridiske løsninger. På baggrund af dette tema kan følgende overvejes:

- Hvordan organiseres og tilrettelægges opgaver under både Sundhedslov og Servicelov i de tværfaglige teams?
- Hvordan takles hierarkiet mellem faggrupperne, der er uddannet og arbejder efter henholdsvis Sundhedslov og Servicelov, når helhed og kontinuitet er målet i de tværfaglige teams?
- Hvordan afklares arbejdsopgaver, ansvar og autorisationer for de fem faggrupper i de tværfaglige teams på vej fra en fagfaglig til en tværfaglig organisering?



### 3.3. Tværfaglighed

Den tematiske analyse viser, at både ledere og medarbejdere kan se potentialet i tværfaglighed og vil gerne det tværfaglige samarbejde. Lederne har taget den politiske agenda til sig, og alle faggrupper oplever at få noget ud af det tværfaglige samarbejde. Tidligere måder at organisere ældreplejen på præger fortsat organiseringen af ældreplejen i kommunerne. På trods af, at de tre kommuner alle har indførte tværfaglige teams, er det kun i dagtimerne (i dagvagt), at faggrupperne arbejder i tværfaglige teams. I aften- og nattevagt, samt i weekender, ferie og på helligdage gælder fortsat, at faggrupperne arbejder selvstændigt inden for deres fagfaglige organisering. Tværfaglighed kræver kendskab til hinandens fagfagligheder, og tværfaglige teams kræver desuden tid og rum til at samarbejde og udvikle fælles mål og prioriteringer. I de konkrete samarbejdssituationer kan det være svært for faggrupperne at forstå og bruge hinandens fagligheder. Det er muligt at arbejde videre med dette både kommunalt og i de enkelte faggruppers faglige sammenhænge, både lokalt og nationalt. På baggrund af dette tema kan følgende overvejes:

- Hvordan understøttes, at faggrupperne lærer hinandens fagligheder at kende i de tværfaglige teams såvel i fælles faglige fora, som i samarbejdet ude hos borgerne?
- Hvordan arbejdes med fælles prioriteringer og mål for opgaverne, så alle faggrupper kan se sig selv som medarbejdere i det tværfaglige team?
- Hvordan udvikles og udvides tværfaglighed og organiseringen i tværfaglige teams fra dagtimer og dagvagter til også at dække aften, nat, weekend, ferie og helligdage?

### 3.4. Faglighed

Denne tematiske analyse peger på, at ledere og medarbejdere er enige om, at faglighed er afsættet for samarbejdet i de tværfaglige teams. Muligheden for gensidig sparring med kolleger med samme faglige baggrund ("egen slags") samt udvikling af alle fagligheder i de tværfaglige teams er derfor afgørende for, hvordan medarbejderne konkret fortolker og udfører tværfagligt samarbejde. Der er dog forskelle i og mellem faggrupperne på, hvilke muligheder og ønsker de har for fagfaglig opdatering, udvikling og videreuddannelse. Der er også forskelle mellem ledernes og kommunernes måde at gribe det an. Fagfaglig kompetenceudvikling finder sted både i fagfaglige fora eller på tværs af tværfaglige teams med inddragelse af specialister og som efter- og videreuddannelse for de enkelte faggrupper. Erfaringerne fra den tværfaglige organisering peger desuden på, at det at kunne arbejde tværfagligt er en særlig og vigtig faglig kompetence. Det er muligt at arbejde videre med dette både kommunalt og i hver af faggruppernes faglige sammenhænge lokalt og nationalt. På baggrund af dette tema kan følgende overvejes:

- Hvordan sikres fagfaglighed og fortsat faglig opdatering og udvikling for alle faggrupper i de tværfaglige teams?
- Hvordan bør faglige specialister indenfor f.eks. sår, palliation, demens, medicin og forflytning tænkes ind i forhold til de tværfaglige teams?
- Hvordan gives der mulighed for, at alle faggrupper i de tværfaglige teams kan vedligeholde og udbygge egen faglighed gennem gensidig sparring med nogen af "egen slags"?



- Hvordan udvikles og uddannes til de særlige kompetencer det kræver at lede og facilitere tværfagligt samarbejde i ældreplejen?

### 3.5. Ledelse

Denne tematiske analyse afdækker, at lederens rolle og ledelsesstil er vigtig og betydningsfuld for både de enkelte faggrupper og for samarbejdet i de tværfaglige teams. Desuden for rekruttering og fastholdelse af medarbejdere til de tværfaglige teams bl.a. gennem faglig udvikling for den enkelte faggruppe og temaet som helhed. Lederne har et ledelsesmæssigt handlerum til at definere deres rolle og ledelsesstil mellem faglighed og ledelse. Handlerummet er dog afhængigt af de overordnede kommunale rammer og organiseringer. Desuden peger de aktuelle forhandlinger om ældre- og sundhedsreformer på, at ældreplejen indskriver sig i større strukturelle forandringer for ældre- og sundhedsområdet. På baggrund af dette tema kan følgende overvejes:

- Hvordan sættes mål for og udvikles de særlige kompetencer, det forudsætter at lede det tværfaglige samarbejde i de tværfaglige teams i ældreplejen?
- Hvordan sikres balancen mellem faglighed og ledelse som kvalitet i de tværfaglige teams?
- Hvordan kan lederne arbejde med faglig udvikling af alle faggrupperne?
- Hvordan kan lederne mere systematisk bruge muligheden for faglig udvikling i de tværfaglige teams i rekrutterings- og fastholdelsesindsatser?

### 3.6. Teknologier

Denne tematiske analyse viser med eksempler på transport, IT-udstyr, rygsække og styresystemer, at teknologier er mere end blot teknologier. Teknologier kan tydeliggøre og understøtte såvel fagfaglige som tværfaglige opgaver, men kan også skabe og opretholde privilegier og hierarkier, som ikke er gunstige for intentionerne om et ligeværdigt tværfagligt samarbejde. Når opgaver skifter faggruppe, men f.eks. tildelingen af tid til dokumentationssystemerne ikke følger med, forstærkes uligheden. Digitale teknologier kan skabe stress, f.eks. når medarbejdere tjekker kørelister, inden de møder ind, eller når ikke alle i et team har adgang til hinandens kørelister. Dette er et område, hvor kommunerne i høj grad har handlerum. På baggrund af dette tema kan følgende overvejes:

- Hvordan tildeles teknologier og tid til opgaver i de tværfaglige teams på en gennemskuelig måde, der fremmer ligeværdighed mellem medarbejderne?
- Hvordan arbejdes med planlægning og kommunikation mellem ledelse og medarbejdere, så IT-teknologier er fælles og ikke stresser medarbejderne?

### 3.7. Planlægger(e)

Denne tematiske analyse viser, at planlæggerne spiller en central rolle for, hvordan de tværfaglige teams fungerer, og der eksisterer et selvstændigt handlerum, hvad angår deres måde at forvalte



relationerne mellem ledelsen og de øvrige medarbejdere. Planlæggernes faglige baggrund er social- og sundhedshjælpere eller social- og sundhedsassistenter. Nogle har selv erfaring som udekørende i ældreplejen, men herudover er der ingen specifik formel uddannelse til den nøglerolle, de indtager i de tværfaglige teams. Planlægningen af kørelisterne har stor betydning for medarbejdernes arbejde, og planlæggernes kendskab til og inddragelse af dem i udformningen af kørelister er afgørende for den enkelte medarbejdes trivsel. Planlægning er dermed ikke kun afgørende for borgernes oplevelse af helhed og kontinuitet, men også for at muliggøre et fleksibelt og effektivt tværfagligt samarbejde, hvor medarbejderne kan støtte og supplere hinanden. Den konkrete tilrettelæggelse af arbejdet i ældreplejen er samtidig vigtig for fastholdelse og rekruttering, idet medindflydelse og forudsigelighed i arbejdstilrettelæggelsen skaber et godt arbejdsmiljø. Det er muligt at arbejde videre med dette tema kommunalt. På baggrund af dette tema kan følgende overvejes:

- Hvordan udvikles de særlige kompetencer, det forudsætter at planlægge og koordinere det tværfaglige samarbejde i ældreplejen?
- Hvordan arbejdes med inddragelse af medarbejderne i opgaveglidning, koordinering og -fordeling i de tværfaglige teams?
- Hvordan udvikles arbejdstilrettelæggelsen (af kørelister) i de tværfaglige teams, så de styrker medarbejdernes trivsel og engagement?

### 3.8. Tid & rum

Denne analysen peger på betydningen af organiseringen og rammesætningen af tid og rum for det tværfaglige samarbejde og for arbejdet i ældreplejen i det hele taget. Kommunerne giver forskellige forudsætninger til deres teams f.eks. til at mødes fysisk tværfagligt og fagfagligt, at udføre opgaverne hos borgerne, at tale med pårørende, at dokumentere og at kommunikere på tværs af vagterne. Det kræver tid at samarbejde både i teamet, men også på tværs af vagter. Når rammerne i tid og rum ikke muliggør helhed og kontinuitet, oplever medarbejderne krydspres mellem den tid, der er afsat til en opgave, og den tid det reelt tager at udføre den. Medarbejderne kompenserer i vidt omfang for dette ved at bruge frokosten og tid både før og efter arbejdstid på at få det til at hænge sammen. Sygeplejersker og terapeuter, der har dokumentationsopgaver og ansvar, frustreres over ikke at have tid og egne rum til brug for fagfaglig sparring. Her har kommunerne mulighed for at samarbejde med medarbejderne om lokale løsninger. På baggrund af dette tema kan følgende overvejes:

- Hvordan skabes tid og rum til både de tværfaglige møder og samarbejder og dokumentation, kollegial sparring og pårørendesamtaler?
- Hvordan arbejdes med tid og rum til en sammenhængende opgavevaretagelse i hverdagen?
- Hvordan organiseres tid og rum, så der er plads til både fagfaglige og tværfaglige arbejds måder?

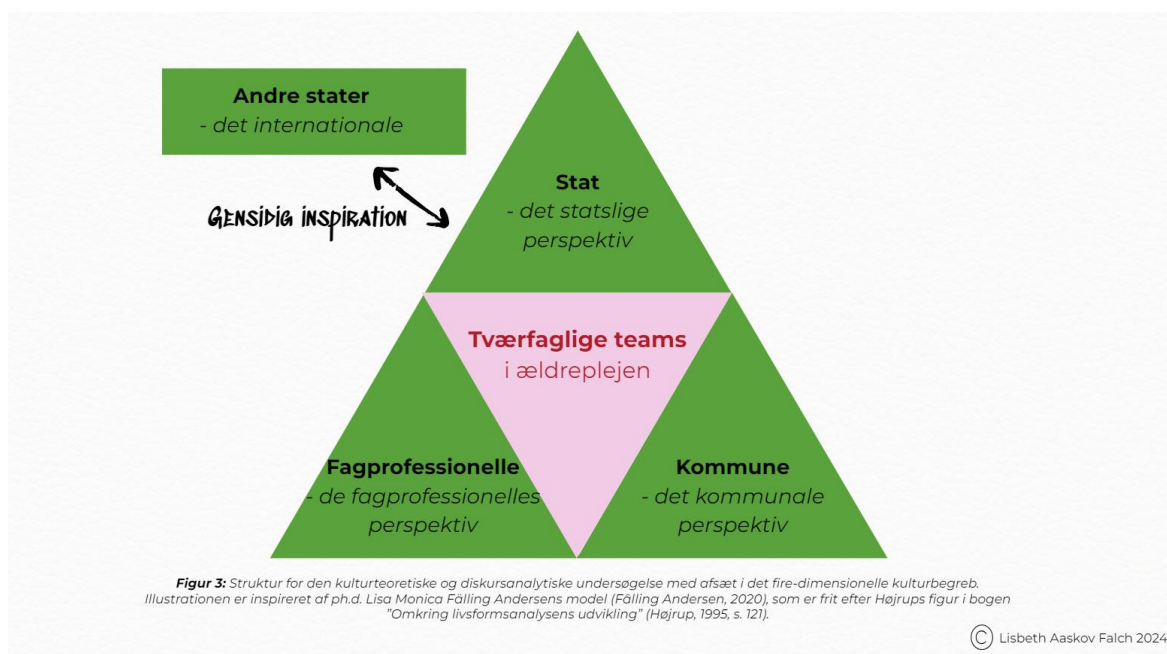


## BILAG A: Forskningsprojektets design og metode

I undersøgelsen gøres brug af en kulturteoretisk tilgang i form af etnolog Thomas Højrup's fire-dimensionelle kulturbegreb (Højrup, 2002, s. 656-659), som danner teoretisk afsæt og struktur for undersøgelsen.

### A.1. Den kulturteoretiske tilgang

Når de tværfaglige teams i ældreplejen bliver sat i centrum ud fra den kulturteoretiske tilgang, bliver det tydeligt, at de kontinuerligt bliver formet og forandret i et gensidigt samspil mellem de fire dimensioner i modellen. Det drejer sig om: stat, andre stater, kommune, og fagprofessionelle. De repræsenterer henholdsvis 1) et statsligt herunder det internationale i en gensidig inspirationsudveksling, 2) et kommunalt og 3) et fagprofessionelt perspektiv (figur 3).



Tilgangen kan bruges til at sætte de forskellige dimensioners perspektiver og incitamenter ind i forhold til hinanden og til at forstå hver enkelt dimension. Denne analyse bidrager til en dybere afdækning af, hvad der er på spil i forhold til det tværfaglige samarbejde, faglighed og fagidentitet set fra de forskellige dimensioner. Der kan dermed spørges ind til de særlige "briller", som hver dimension ser med og peges på den "blindhed" (etnocentrisme) overfor de andre, som hver dimension ud fra sit udgangspunkt er optaget af. Hermed skabes grundlag for mere langsigtede løsninger, hvor de forskellige dimensioner høres og tilgodeses i det tværfaglige teamsamarbejde.

Tilgangen giver for det andet mulighed for at se den aktuelle omorganisering på ældreområdet med de tværfaglige teams, som ikke alene en kommunal udvikling og problemstilling, men som del af en statslig og interstatslig kontekst. Det kan vise kompleksiteten og samtidig skabe nye måder at anskue og forstå betydningen af udviklingen.

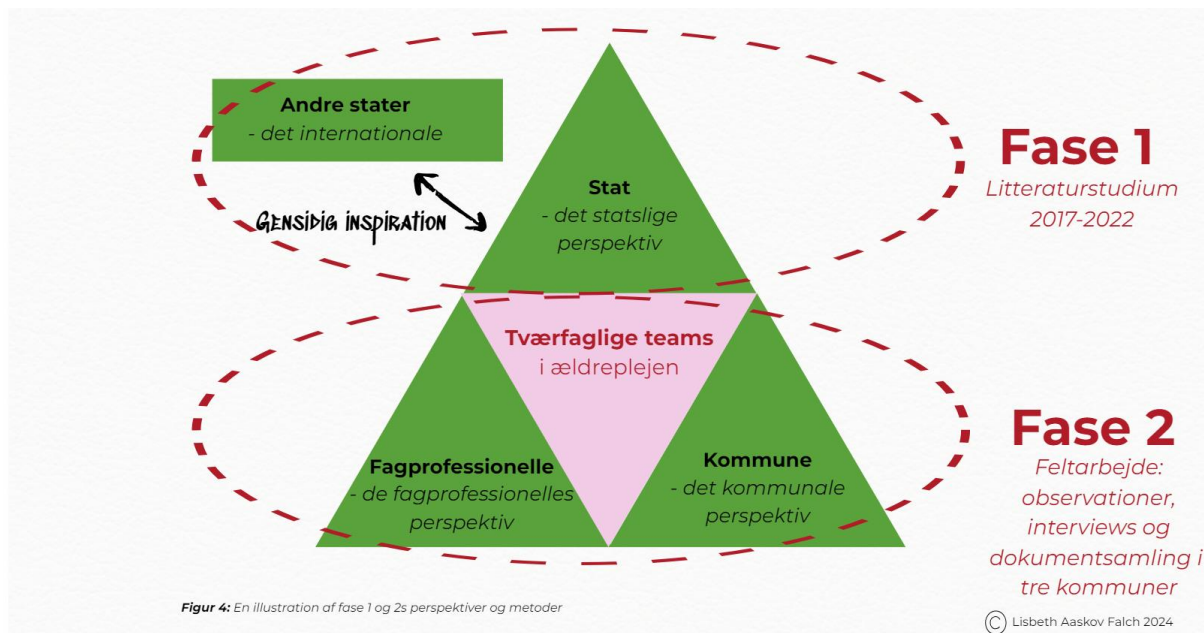
Sammenfattende lægges op til, med de gensidigt relaterede dimensioner i kulturanalysen (figur 3), at se på udviklingen på ældreområdet med de tværfaglige teams fra forskellige perspektiver og med forskellige incitament i samspil med hinanden.

## A.2. Fase 1 & 2

Forskningsprojektet består af to faser.

**Fase 1** er en afdækning af udviklingen på ældreområdet i kommunerne i årene 2017-2022 på baggrund af et litteraturstudium ud fra et statsligt og internationalt perspektiv, jf. den kulturteoretiske tilgang/model (figur 4). Litteraturstudiet er gennemført i perioden januar til marts 2023<sup>2</sup>. Litteraturen indeholder tekster, som er produceret af statslige institutioner eller institutioner, der varetager statslige strategier. Her belyses statens mål og midler for den kommunale ældrepleje, og hvilke initiativer der fra statsligt hold iværksættes for at tage hånd om udfordringerne, bl.a. med international inspiration.

**Fase 2** er en undersøgelse af, hvordan det tværfaglige samarbejde fungerer i tværfaglige teams, og hvordan faglige kompetencer udfoldes og bringes i spil i en tværfaglig teamstruktur. Analysen af kommunernes og de fagprofessionelles perspektiv inddrager dokumenter om deres vilkår/rammer/forskelle/ligheder i den enkelte kommune og på tværs af kommunerne. De fagprofessionelle i undersøgelsen er de fem typiske faggrupper i de tværfaglige teams: social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter (ved samlede betegnelse anvendes terapeuter).

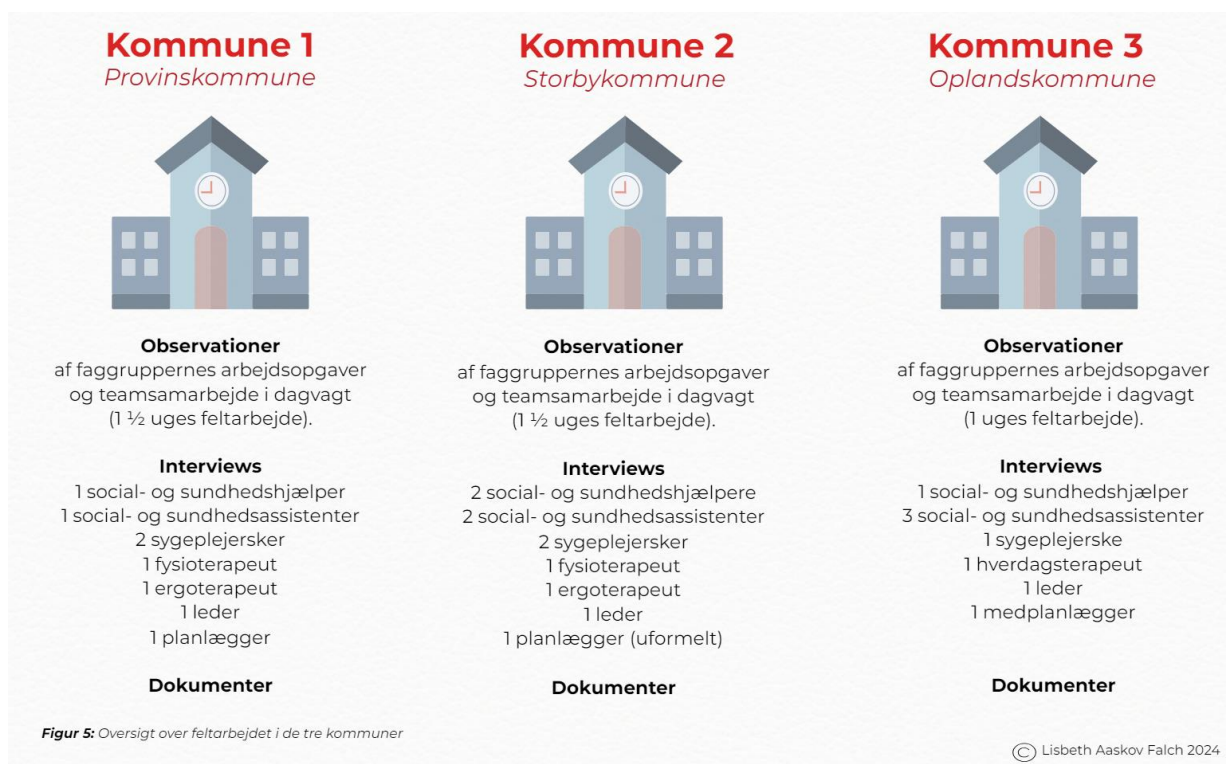


<sup>2</sup> Litteratur udkommet under afdækningen er medtaget i det omfang, det har været muligt.

Undersøgelsen er foretaget som et feltarbejde bestående af observationer, interviews og dokumentindsamling i tre kommuner og omfatter såvel de kommunale ledere og de fagprofessionelle medarbejders perspektiv, jf. den kulturteoretiske tilgang/model (figur 4).

Feltarbejdet er gennemført i perioden september 2023 – januar 2024. De valgte 3 kommuner er henholdsvis en provins-, en storby- og en oplandskommune (Danmarks Statistik, 2018). Alle har de arbejdet med tværfaglige teams gennem flere år, og alle har sammenlagt hjemmesygepleje (Sundhedslov) og hjemmepleje (Servicelov) under fællesledelse. I løbet af feltarbejdet har det vist sig, at de repræsenterer tre forskellige måder at afprøve tværfaglige teams. I Kommune 1 er de tværfaglige teams forankret over en lang årrække. Kommune 2 er i gang med en intern afprøvning af tværfaglige teams som led i en større forandring af organiseringen, mens kommune 3 på baggrund af puljemidler fornyeligt er gået i gang med en omfattende forandring med afprøvning af tværfaglige teams.

Som oversigten over feltarbejdet i de tre kommuner i figur 5 viser, har forskeren fulgt og observeret en medarbejder i hver af de fem faggruppers arbejdsopgaver og tværfaglige samarbejde på en almindelig dagvagt i udekørende tværfaglige teams. Interviewene er gennemført med medarbejdere i fem faggrupper hver for sig. Leder og planlægger i hver kommune er blevet interviewet. Desuden er der indsamlet diverse dokumenter omhandlende ældreplejen og de tværfaglige teams, samt kompetencebeskrivelser for medarbejderne i hver kommune.



## BILAG B: Begrebsafklaringer om faglighed og samarbejdsformer

I det følgende afklares centrale begreber i forskningsprojektet om tværfaglige teams: faglighed, fagidentitet og tværfagligt samarbejde.

### B.1. Faglighed

Faglighed forstås som: den viden, de færdigheder og kompetencer, som hver af de fem faggrupper forventes at besidde og gøre brug af i deres arbejdsliv. Den forståelse af faglighed er i tråd med kvalifikationsrammen fra det danske uddannelsessystem, hvor viden, færdigheder og kompetencer formulerer, hvad en person forventes at vide og kunne efter endt uddannelse. Med kvalifikationsrammen indplaceres uddannelser og faggrupper på niveauer (Uddannelses- & Forskningsministeriet, 2022). Fagfaglighed bruges i rapporten, når der refereres til en specifik faggruppes særlige faglighed.

Faglighed vil, jf. den kulturteoretiske tilgang, til stadighed være i forandring efter, hvad staten og de enkelte kommuner har brug for, samt hvem og hvor mange der på et givet tidspunkt kan rekrutteres til at løse opgaverne. Faggruppernes faglighed bliver til gennem uddannelse og deltagelse i praksis, som hele tiden skaber og opretholder hver faggruppes fagidentitet over tid (Wackerhausen, 2004; Wackerhausen, 2009).

### B.2. Fagidentitet

Fagidentiteten forstås som: faggruppernes egen opfattelse af, hvad der skal til for at være *“en af vores slags”* (Wackerhausen, 2004, s. 18) og ses i faggruppernes forskellige sprogbrug og blik på praksissituationer samt forskellige *“selvfølgelige”* handlinger og prioriteringer (Wackerhausen, 2009). Ældreplejens faggrupper vil således med hver deres fagidentitet anlægge forskellige perspektiver på borgerne og have forskellige prioriteringer af opgaver i borgerforløb. Set ud fra en kulturteoretisk tilgang dannes, formes og forandres faggruppernes fagidentitet kontinuerligt i et samspil med stat, kommune og andre faggrupper.

### B.3. Tværfagligt samarbejde

Det tværfaglige samarbejde forstås i denne undersøgelse som samarbejdsformer i tværfaglige teams mellem faggrupper med forskellige fagligheder i ældreplejen. En hyppigt anvendt skelnen for samarbejde mellem faggrupper er formerne: fagfaglighed, tværfaglighed og fællesfaglighed (Martin m.fl., 2022) (figur 6).

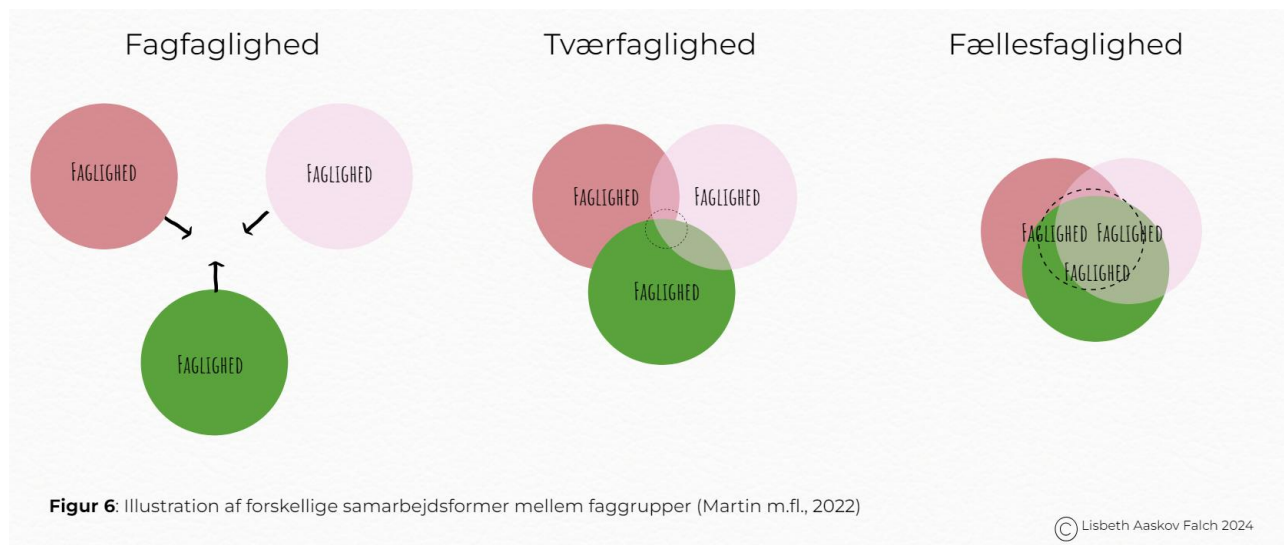
Ved **fagfaglighed** arbejder faggrupper med forskellige fagligheder parallelt og uafhængigt af hinanden ud fra egne mål for at udføre deres del af den samlede opgave. De er typisk organiseret, ledet og koordineret hver for sig uden at faggrænser bliver overskredet.





Ved **tværfaglighed** arbejder faggrupper med forskellige fagligheder sammen om at løse opgaver for at opnå fælles mål. De er organiseret og ledet så faggruppernes forskellige fagligheder inddrages for at løse de fælles fastsatte opgaver og bliver dermed gensidigt afhængige af hinanden.

**Fællesfaglighed** går videre end tværfaglighed, og her arbejder faggrupperne også sammen om at løse opgaverne med de fælles formulerede mål, men faggruppernes fagligheder og faggrænser kan overskrides i opgaveløsningen, og der dannes på sigt en ny fællesfaglighed (Martin m.fl., 2022).



Set fra en kulturteoretisk analyse, har stat, kommune og faggrupper hver deres perspektiver og incitamenters vedrørende det tværfaglige samarbejde. Set fra et statsligt og kommunalt perspektiv kan tværfaglighed ses som en mere fleksibel organisering i forhold til udfordringerne i ældreplejen. I en proces, hvor organisationsformer forskydes mellem fagfaglighed, tværfaglighed og fællesfaglighed, stiller det nye spørgsmål til organisering, ledelse og koordinering i forholdet mellem faggrupperne. Set fra hver faggruppe vil nye kommunale organisations- og samarbejdsformer blive forstået ud fra deres allerede dannede faglighed og fagidentitet.



## BILAG C: Hvorfor tværfaglige teams?

Litteraturstudiets afdækningen af udviklingen på ældreområdet i kommunerne i årene 2017-2022 (fase 1) har set på den nationale målsætning og de forhold, der udfordrer det kommunale områdes målsætning, samt hvilke initiativer der fra statsligt hold iværksættes for at tage hånd om dem, bl.a. med international inspiration.

### C.1. Den nationale målsætning

Den statslige nationale målsætning for den kommunale ældrepleje i perioden 2017 - 2022 har, ifølge de ministerielle redegørelser om ældreområdet, været, at ældreplejen gennem løsning af opgaverne skal sikre og skabe velfærd, værdighed, tryghed og kvalitet for borgerne og samtidig udvise økonomisk ansvarlighed overfor de afsatte midler (Sundheds- & Ældreministeriet, 2018; Sundheds- & Ældreministeriet, 2019; Sundheds- & Ældreministeriet, 2020a; Social & Ældreministeriet, 2022).

### C.2. Udfordringer og initiativer

Ifølge de ministerielle redegørelser har der i perioden været flere forhold, der udfordrer realiseringen af målsætningen. Rekrutteringsudfordringen af medarbejdere i ældreplejen nævnes, ligesom den demografiske udvikling med flere ældre, som lever længere og dermed har større sandsynlighed for få brug for hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Der blev fra 2017 til 2020 igangsat forskellige initiativer for at imødegå nogle af udfordringerne hver for sig. Det er initiativer med fokus på mere systematisk rehabilitering (Sundheds- & Ældreministeriet, 2018), afbureaukratisering og rekruttering (Sundheds- & Ældreministeriet, 2019). Desuden nævnes ændringen i sammensætningen af medarbejderne i ældrepleje. De ikke-uddannede udgjorde i 2022 15 procent (Social & Ældreministeriet, 2022), men dette forhold adresseres ikke i de nationale initiativer. De ikke-uddannede er heller ikke i fokus i denne rapport, selvom de løser faglige opgaver på lige fod med de faguddannede. Endelig nævnes offentlighedens kritik af ældreplejen for manglende omsorg og værdighed. I de ministerielle redegørelser sammenkædes denne kritik dog ikke med rekrutteringsudfordringerne eller den ændrede sammensætning af medarbejdere.

### C.3. Et retningsskifte i initiativerne

I 2020 sker der i Sundheds- og Ældreministeriet et markant retningskifte indenfor ældreplejen. I redegørelsen om ældreområdet betegnes det: *"behov for at se på ældreplejen med nye øjne"* (Sundheds- & Ældreministeriet, 2020a, s. 3). Skiftet mod en mere sammenhængende organisation er udtryk for såvel en centralisering, som en decentralisering, idet skiftet initieres fra statsligt, centralt hold og skal løses i og af kommunerne decentralt.

Der afholdes to ældretopmøder i 2020 og 2021, hvor Sundheds- & Ældreministeriet sammen med de involverede parter i kommunerne: fagforening (FOA), arbejdsgiver (KL) og borgere og pårørende (Ældre Sagen) debatterer indretningen af fremtidens ældrepleje. På topmøderne kommer



organiseringen med tværfaglige teams, inspireret af særligt den hollandske Buurtzorg-model, til at ses som den selvfølgelig løsning på mange af de udfordringer, det kommunale ældreområde står med både økonomisk og i forhold til borgertilfredshed (Sundhed- & Ældreministeriet, 2020b; Social- & Ældreministeriet, 2021a). Det bliver fremhævet, at Buurtzorg-modellen reducerer kommunernes udgifter til administration, sygefravær og udskiftning af personale. Borgerne er kortere tid i plejeforløb og bliver i højere grad selvhjulpne. Modellen har fra et borgersynspunkt den fordel, at den styrker relationen mellem borgere og medarbejdere, idet borgerne møder de samme medarbejdere (Social- & Ældreministeriet, 2022). En forebyggelse af den uværdighed i ældreplejen, som gentænkningen af ældreplejen skal imødekomme, ligger også som en mulighed heri. På baggrund af ældretopmøderne udarbejdede Sundheds- & Ældreministeriet sammen med FOA, KL og Ældresagen et fælles charter, som skulle sætte en ny retning for fremtidens ældrepleje. Her fik den tværfaglige organisering atter en central plads som løsning på problemerne, og de samme fordele blev gentaget (Social- & Ældreministeriet, 2021b) Også i sundhedsreformen fra 2022 blev styrkelse af det tværfaglige samarbejde via tværfaglige teams et centralt omdrejningspunkt (Indenrigs- & Sundhedsministeriet, 2022).

Med formuleringen af den nye tværfaglige retning for ældreområdet i 2020 blev opmærksomheden skærpet på ældreplejens anvendelse af medarbejdernes kompetencer og fokus på flere faggrupper end tidligere. I 2018 og 2019 omtales social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i redegørelserne om ældreområdet, mens det herefter pointeres at medarbejderne også består af faggrupperne: ergoterapeuter, fysioterapeuter og pædagoger (Sundheds- & Ældreministeriet, 2020a; Social- & Ældreministeriet, 2022). Derimod er der i redegørelserne ikke fokus på kommunerne som arbejdsgivere. F.eks. de vilkår og rammer for organisering, ledelse og koordination for medarbejderne i det tværfaglige samarbejde i ældreplejen, som kommunerne er ansvarlige for.

#### **C.4. Den internationale inspiration**

I denne proces, hvor der ledes efter inspiration til hvordan de tværfaglige teams kan udformes internationalt, bliver Buurtzorg-modellen (Social- & Ældreministeriet, 2022) og den svenske Väster- vik-model bragt i spil (Viden på Tværs, 2022).

Buurtzorg-modellen er udviklet af en hollandsk sygeplejerske, som et alternativ til den fagopdelte organisering af hjemmesygepleje og hjemmepleje. Buurtzorg drives som en privat virksomhed, som siden 2006 har leveret integreret hjemmesygepleje og hjemmepleje i Holland. Modellen sigter efter en mere helhedsorienteret ældrepleje med afsæt i borgernes ønsker, behov og ressourcer. Midlet til opnåelse af målet er selvstyrede teams med et uddelegeret ansvar til de lokale medarbejdere for (selv)ledelse og intern organisering. Med denne uddelegering har dette private virksomhedskoncept kunnet skære ned på administration og dokumentation (Buurtzorg, 2024). Väster- vik-modellen er udviklet af den svenske kommune Väster- vik. Modellen fokuserer ligesom Buurtzorg-modellen på at levere en mere helhedsorienteret ældrepleje med afsæt i borgernes ønsker, behov og ressourcer og ved hjælp af selvstyrede tværfaglige teams (Viden på Tværs, 2022a).



Modellerne adskiller sig fra hinanden i forhold til f.eks. teamstørrelsen og sammensætningen af faggrupper. Begge modeller taler ud fra henholdsvis borgernes og statens/kommunernes perspektiv, mens faggruppernes forskellige fagligheder og fagidentiteter ikke tages op. Buurtzorg-modellen taler om de tværfaglige teams som "*selvstyrende teams*". Hvilket kan ses som en nedtoning af netop tilstedeværelsen af forskellige fagligheder. Litteraturstudiet viser desuden, at der endnu eksisterer ganske sparsom forskning om modellernes anvendelse og virkning. Den kontekst de to modeller er blevet til i er sparsom, hvorfor det kalder på udvikling og afprøvning af, hvordan modellerne konkret kan oversættes og omsættes til den kommunale ældrepleje i Danmark.

### C.5. Kommunerne kickstartes

På baggrund af den nationale danske agenda blev kommunerne sat i gang med at udvikle tværfaglige teams understøttet af politiske aftaler og økonomiske puljer. Det drejede sig om velfærdsaftalerne (Social- & Indenrigsministeriet, 2020) og puljer fra Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2020) og Socialstyrelsen (Social- & Ældreministeriet, 2021c). KL og Fremfærd Sundhed & Ældre bidrog til processen ved at igangsætte projekter, der styrker kommunernes arbejde med tværfaglige teams. Der blev etableret fysiske og digitale vidensrum, hvor kommunerne kan udveksle viden og erfaringer (Fremfærd Sundhed & Ældre, 2020; Fremfærd Sundhed & Ældre, 2022). Det er denne proces som undersøges i fase 2. Her bevæger vi os i modellen fra det internationale og statslige til det kommunale, samfundsmæssige og de fagprofessionelle som personer. Dette følges gennem feltarbejde tæt på den kommunale ledelse og de fagprofessionelle medarbejdere i tre kommuner (Kapitel 2 og bilag D).

### C.6. Opsummering

Fase 1's litteraturstudie afdækker, at de tværfaglige teams i ældreplejen, som har stor bevågenhed politisk og i medierne, anses som en løsning på udfordringer i den kommunale ældrepleje med flere ældre og mangel på fagprofessionelle. I den politiske proces er der fra statsligt perspektiv søgt inspiration fra internationale modeller som den hollandske Buurtzorg-model og den svenske Västervik-model. På baggrund af den nationale danske agenda er kommunerne understøttet af politiske aftaler og økonomiske puljer i gang med at organisere, afprøve og udvikle tværfaglige teams fra hver deres sted. Litteraturstudiet peger på, at der endnu kun findes sparsom forskning om modellernes anvendelse og virkning i andre kontekster. Det kalder på undersøgelser af, hvordan modellerne konkret kan oversættes og omsættes til ældrepleje i danske kommuner.

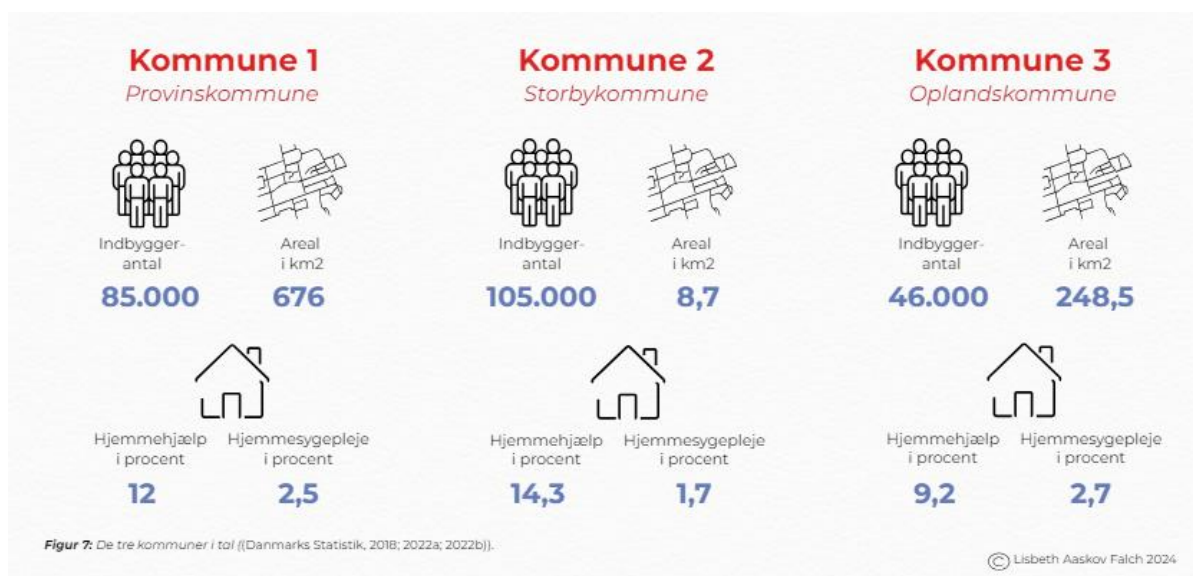


## BILAG D: De tre kommuners organisering af ældreplejen og de tværfaglige teams

Bilag D er en gennemgang og oversigt over de tre kommuners måde at organisere ældreplejen og de tværfaglige teams. Bilaget bygger på feltarbejdet, som er beskrevet i bilag A.

### D.1. Kommunerne i tal

De tre kommuner er forskellige i antal indbyggere, arealstørrelse samt andel af borgere, der er visiteret til hjemmehjælp og hjemmesygepleje (figur 7). Det peger på, hvor forskellige vilkår kommunerne har for at organisere, lede og koordinere ældreplejens kerneopgaver.

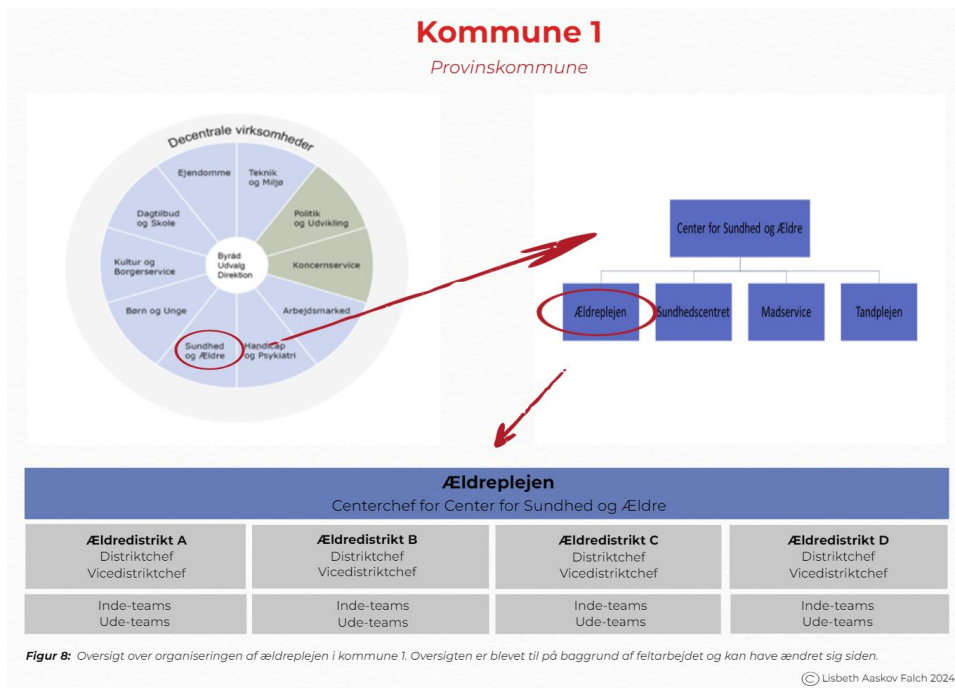


### D.2. Organiseringen af ældreplejen

Ældreplejen i de tre kommuner er organiseret med forskelligt ophæng til resten af kommunens opbygning.

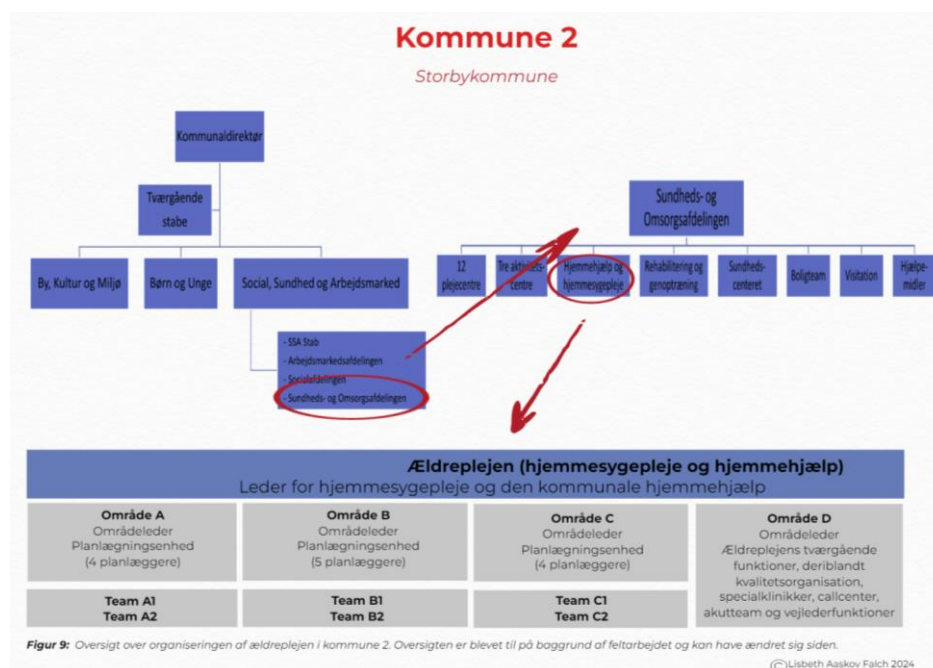
#### KOMMUNE 1

Ældreplejen i kommune 1 (figur 8), ofte betegnet som "Ældredistrikter", er organiseret i Center for Sundhed og Ældre, som er et af 8 fagcentre under kommunens direktion. Centret er ledet af en centerchef og består udover ældreplejen af et sundhedscenter, madservice og tandpleje. Ældreplejen er opdelt i 4 ældredistrikter: A, B, C og D. Hvert distrikt ledes af en distriktschef og en vice-distriktschef. Hvert distrikt består af såkaldte "inde-teams" (plejecentre) og "ude-teams" (udekørende), der er fordelt på matrikler udover kommunens 676,8 km<sup>2</sup> store areal.



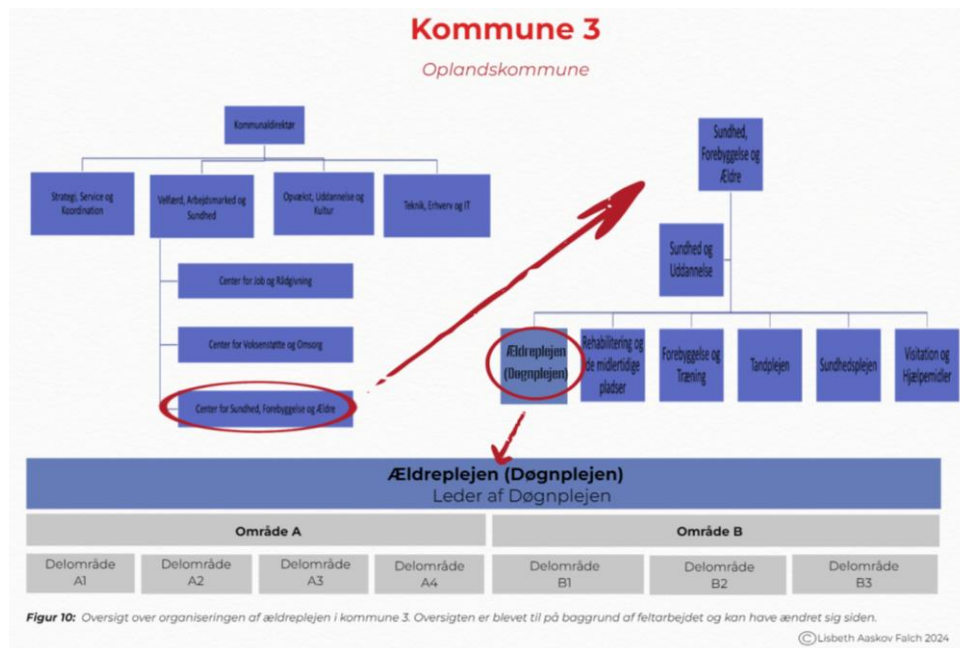
## KOMMUNE 2

Ældreplejen i kommune 2 (figur 9) betegnes "Hjemmehjælp og Hjemmesygepleje" og er organiseret i Sundheds- og Omsorgsafdelingen, som er en af de tre afdelinger i direktørområdet Social, Sundhed og Arbejdsmarked. Afdelingen omfatter udover ældreplejen enhederne: plejecentre, aktivitetscentre, rehabilitering og genoptræning, sundhedscenteret, boligteam, visitation og hjælpemidler. Ældreplejen har egen leder, og distrikterne er fordelt på tre matrikler og opdelt i tre geografiske områder med hver deres områdeleder og teams. Desuden findes der et tværgående område med sin egen leder, der dækker ældreplejens funktioner: kvalitetsorganisation, specialklinikker, callcenter, akutteam og vejlederfunktioner.



### KOMMUNE 3

Ældreplejen i kommune 3 (figur 10) betegnes ”Døgnplejen” og er organiseret i Center for Sundhed, Forebyggelse og Ældre, som er et af centrene i direktørområdet Velfærd, Arbejdsmarked og Sundhed. Center for Sundhed, Forebyggelse og Ældre omfatter udover ældreplejen enhederne: rehabilitering, midlertidige pladser, forebyggelse og træning, tandpleje, sundhedspleje og visitation. Ældreplejen har egen leder og er organiseret i to områder: A og B med hver deres delområder inddelt i teams, som er fordelt på flere matrikler.



### D.3. Organiseringen af de tværfaglige teams

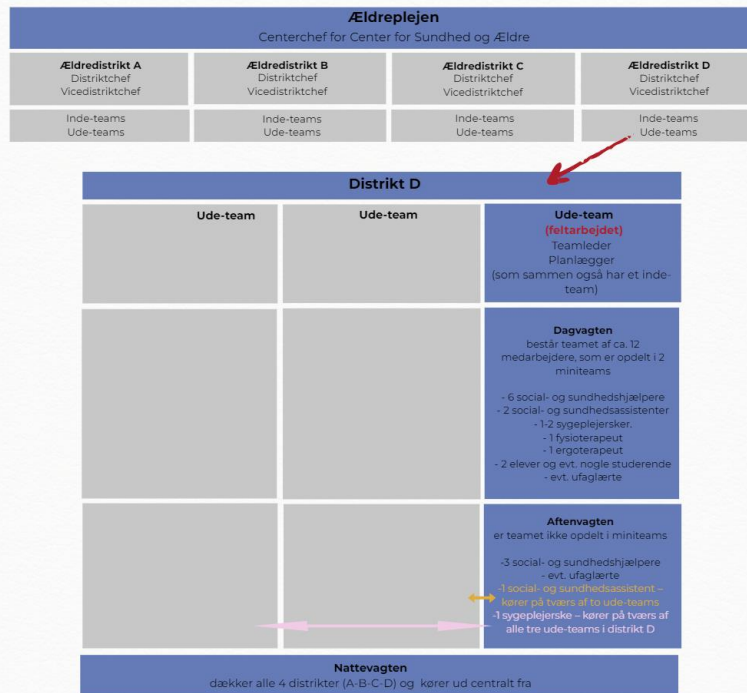
Feltarbejdet er i hver af de tre kommuner foregået i et team/delområde. Størrelsen på de tværfaglige teams og sammensætningen af faggrupper i dem er forskellige i kommunerne.

I kommune 1 er feltarbejdet foregået i et ude-team i et af ældredistrikterne. Ude-teamet er i dagvagten opdelt i to miniteams. Det fremgår af oversigten (figur 11), hvordan medarbejderne fordeles sig i henholdsvis dag-, aften- og nattevagten. Fysioterapeuter og ergoterapeuter indgår som del af teamet og er desuden tilknyttet et inde-team.

I kommune 2 er feltarbejdet foregået i team B1 i område B. I dagvagten er teamet opdelt i tre tværfaglige teams (blåt, rødt og gult). Det fremgår af oversigten (figur 12), hvordan medarbejderne fordeles sig i henholdsvis dag-, aften- og nattevagten. Fysioterapeuter og ergoterapeuter er organiseret i kommunens sundhedscenter under anden leder. De går desuden under den samlede betegnelse ”hverdagsterapeuter”.

## Kommune 1

Provinskommune

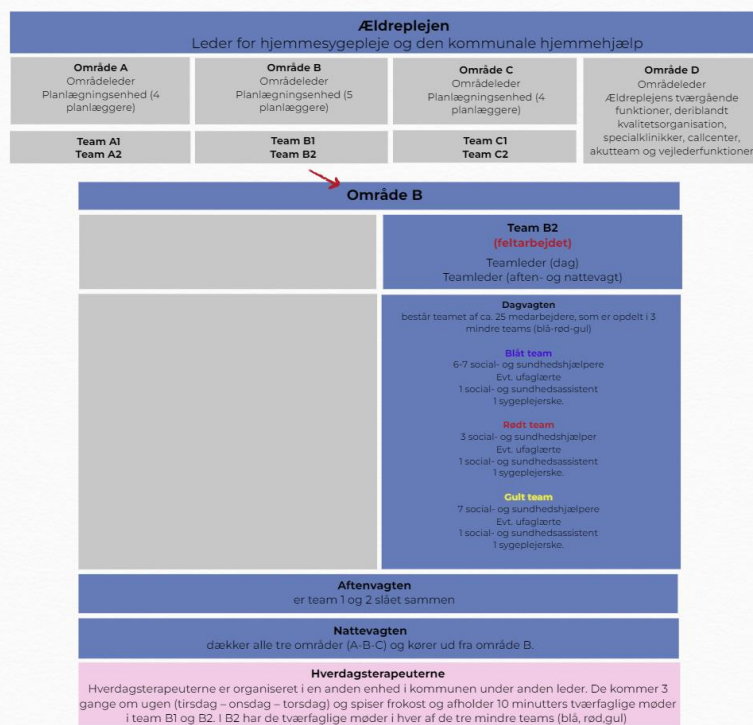


Figur 11: Oversigt over organiseringen af de tværfaglige teams i kommune 1. Oversigten er blevet til på baggrund af feltarbejdet og er med forbehold, da antal og sammensætningen af medarbejdere/kørelister kan variere i perioder og ved sygdom. Organiseringen kan desuden have ændret sig siden feltarbejdet.

© Lisbeth Aaskov Falch 2024

## Kommune 2

Storbykommune



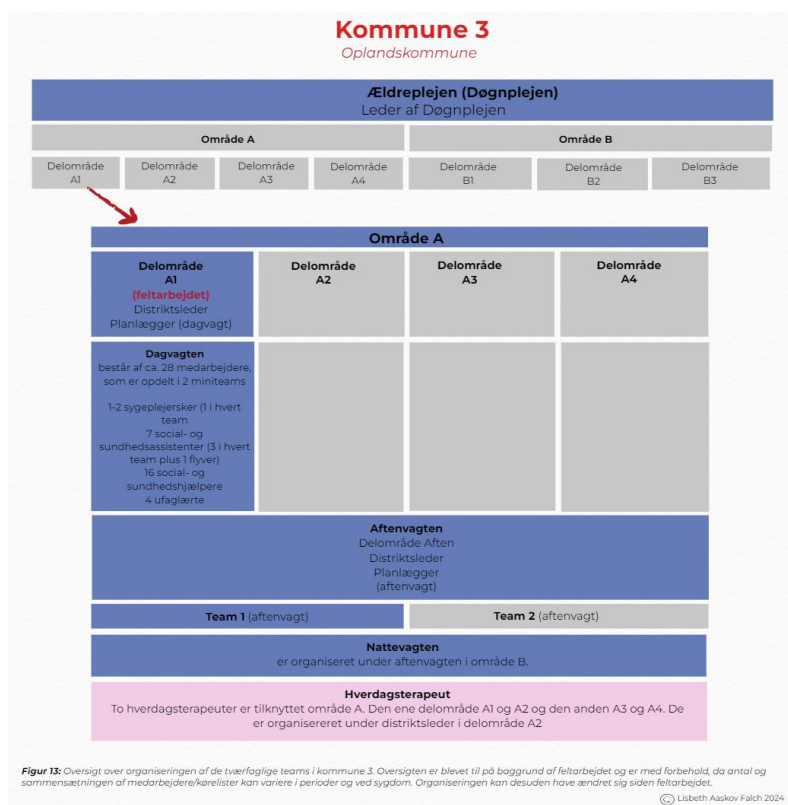
Figur 12: Oversigt over organiseringen af de tværfaglige teams i kommune 2. Oversigten er blevet til på baggrund af feltarbejdet og er med forbehold, da antal og sammensætningen af medarbejdere/kørelister kan variere i perioder og ved sygdom. Organiseringen kan desuden have ændret sig siden feltarbejdet.

© Lisbeth Aaskov Falch 2024

I kommune 3 er feltarbejdet foregået i team/delområde A1 i område A. I dagvagten er medarbejderne opdelt i 2 miniteams. Det fremgår af oversigten (figur 13), hvordan medarbejderne fordeler sig i henholdsvis dag-, aften- og nattevagten. Der er tilknyttet to hverdagsterapeuter til område



A. Den ene har delområderne A1 og A2 og den anden A3 og A4. De er organiseret under distriktsleder i delområde A2. Ligesom i kommune 2 er det fysioterapeuter og ergoterapeuter, som går under den samlede betegnelse "hverdagsterapeuter".



#### D.4. Lovgivning gældende for de tværfaglige teams

Alle medarbejdere i ældreplejen arbejder under både Sundhedsloven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024) og Serviceloven (Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024c), men fordelt forskelligt på faggrupperne. Feltarbejdet viser, at social- og sundhedshjælpere primært varetager Servicelovsopgaver. Social- og sundhedsassistenter har både Sundhedslovs- og Servicelovsopgaver. Sygeplejerskerne varetager overvejende Sundhedslovsopgaver, mens terapeuterne har Sundhedslovsopgaver og også opstarter f.eks. rehabiliteringsforløb under Serviceloven, som social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter herefter kan overtage. Med organiseringen i tværfaglige teams i alle tre kommuner er der sket en sammenlægning af hjemmehjælp og hjemmeplej og dermed administrativt af Sundhedsloven og Serviceloven.

#### D.5. Fysiske rammer for de tværfaglige teams

De tværfaglige udekørende teams i de tre kommuner har forskellige fysiske rammer. Alle teams har et fysisk sted, hvor alle medarbejdere møder ind, men rummenes tre funktioner; mødelokale, frokoststue og plads til dokumentation, fordeles og indrettes forskelligt.

## KOMMUNE 1

I kommune 1 har det fulgte ude-team til huse sammen med andre inde- og ude-teams på et plejecenter i en mindre by. Ude-teamets mødelokale er ca. 8 x 6 meter, og midt i rummet står et aflangt bord med 14-16 stole rundt om, så hele teamet kan være der samtidigt. På den ene endevæg hænger en 1 x 1,5 meter fladskærm, hvor kørelisterne vises til morgenmødet, før medarbejderne tager afsted på deres ruter. Den modsatte endevæg har skabe med plejeartikler, der kan tages med på farten. Langs den ene langside er et vinduesparti med udsigt til græsareal og andre bygninger på plejecentret. Her står et køleskab til madpakkerne, som ofte spises sammen til frokost, samt et par skriveborde med pc-skærme til dokumentation efter hjemmebesøg. Social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, elever, studerende og ufaglærte møder ind kl. 7.15 og i løbet af dagvagten. Teamets ergoterapeut og fysioterapeut, der arbejder i både et inde- og ude-team, har sammen med en anden fysioterapeut deres eget rum ned ad gangen bag plejecenterets træningslokale. Her møder ergoterapeut ind kl. 7.15, mens fysioterapeuten møder kl. 8.00, da der ikke trænes med borgeren før herefter. Terapeuternes rum er et depotrum med hjælpemidler og dyner til tørre og plads til to skriveborde med pc-skærme og tre aflagte kontorstole. Rummet betegnes det *"uofficielle terapeutkontor"*, fordi det officielt er besluttet på øverste ledelsesniveau i kommunens ældrepleje, at ingen faggrupper må have fagfaglige kontorer. Terapeuterne har brug for deres eget kontor for at have ro til at dokumentere. Samtidig kan de følge de borgere, som træner i træningslokalet. Teamleder og planlægger har et fælles kontor på plejecenteret. hvor døren altid er åben for alle faggrupper.

## KOMMUNE 2

I kommune 2 har det fulgte team B1 til huse på ældreplejens hovedmatrikel, hvor også lederen af ældreplejen, flere områdeledere og specialistfunktioner har deres kontorer. Team B1's mødelokale, som er ca. 12 x 6 meter stort, ligger på 2. sal og er parallel med team B2's mødelokale. Lokallet har to borde med plads til 14 personer og et bord med plads til 8. Den ene langside har fire store sprossevinduer ud mod gaden, mens den anden langside har et whiteboard, hvor en liste med navne på 10-12 borgere, der modtager hverdagsrehabilitering, er opslået. Listen gennemgås på de tværfaglige møder med hverdagsterapeuterne 2-3 gange om ugen. I mødelokalet møder social- og sundhedshjælper, elever og ufaglærte ind kl. 7.30 samt i løbet af dagvagten. Nogle social- og sundhedsassistenter møder ind i mødelokalet, men social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker har deres eget mødelokale lidt nede ad gangen, som de deler med social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker fra team B2. Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker møder ind kl. 7.30 i deres eget mødelokale, som er et vinkelkontor med flere borde, kontorstole, reoler med mapper og vægge med opslagstavler, f.eks. for fagforeningen. Teamleder har eget kontor skråt overfor teamets mødelokale, tæt på de fire planlæggere og visitator der er tilknyttet såvel team B1 og B2.

## KOMMUNE 3

I kommune 3 har team/delområde A1 adresse på et plejecenter i kommunens hovedby sammen med flere andre delområder. Teamets mødelokale er ca. 12-14 x 8 meter og har to firkantede



borde med cirka 10 stole ved hver. Rummet kan deles i to med en skydedør, hvilket muliggør både større og mindre teammøder. På den ene endevæg hænger en 1 x 1,5 meter fladskærm til visning af kørelister til morgenmøderne. Den ene langside har et vinduesparti, mens den anden har et køleskab til madpakker og flere opslagstavler til interne meddelelser. I mødelokalet møder social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistenter, elever og ufaglærte ind kl. 7. Sygeplejerskerne møder ind på et kontor overfor teamets mødelokale. Sygeplejersken i det ene miniteam møder ind kl. 7.00, mens den anden først møder kl. 7.30. På dørskiltet står "dokumentationsrum". Ifølge distriktslederen har sygeplejerskerne ikke eget kontor, men alle andre omtaler det "sygeplejerskernes kontor". Dette kontor er 6 x 3 meter og har 4 skriveborde, hvoraf der er tre med stationære computerskærme. Der er også et whiteboard med overskriften "palliative borgere" med navne på 11 borgere. I et indhak hænger sygeplejerskernes jakker og tasker med udstyr, og en reol er fyldt med sygeplejefaglige mapper og bøger. Dokumentationsfunktionen er dermed givet et rum for sig selv, og sygeplejerskerne har gjort det til et fagligt rum med deres mapper, bøger og særlige udstyr. Distriktsleder har eget kontor skråt overfor teamets mødelokale. Planlægger sidder på kontor længere nede ad gangen. Teamets hverdagsterapeut deler kontor med anden hverdagsterapeut et andet sted på plejecentret.

## D.6. Ledelse af de tværfaglige teams

I alle tre kommuner ledes det tværfaglige team af en sygeplejerske med en diplomuddannelse i ledelse. Erfaringen som sygeplejerske og leder varierer blandt de tre ledere. I kommune 1 er ude-teamets leder også leder af et inde-team på plejecentret. Hun har været teamleder i knap 20 år og er uddannet sygeplejerske og har desuden en diplomuddannelse i ledelse. I kommune 2 har teamleder været i stillingen i 1 1/2 år. Hun er uddannet social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent og sygeplejerske og har arbejdet på både sygehus og i ældreplejen. Desuden har hun en diplomuddannelse i borgernær sygepleje og er i gang med en diplomuddannelse i ledelse. I kommune 3 er delområdet/teamet ledet af en distriktsleder. Hun er uddannet sygeplejerske og har en diplomuddannelse i ledelse og har arbejdet som både hjemmesygeplejerske og leder i flere kommuner. De sidste 8 år som distriktsleder.

## D.7. Planlægning i de tværfaglige teams

De tværfaglige teams i alle tre kommuner har tilknyttede planlæggere, der er uddannede social- og sundhedsassistenter eller social- og sundhedshjælper og med erfaring som udekørende. De lægger kørelister og koordinerer opgaverne. Planlægningen af aften- og nattevagt kan være organiseret på flere måder. Medarbejdernes indflydelse på planlægningen er forskellig fra kommune til kommune. Der er også forskel på faggruppernes indflydelse. Terapeuternes arbejde planlægges kun delvist sammen med de øvrige medarbejdere i de tværfaglige teams.

### KOMMUNE 1

I kommune 1 har ude-teamet en planlægger, der udarbejder kørelister i dag- og aftenvagten for ude-teamet og tilsvarende inde-teamet, som teamleder også er leder for. Planlæggeren er uddannet social- og sundhedshjælper og har været planlægger i ca. 20 år. Tidligere har hun arbejdet



som aftenvagter i kommunen. Nattevagten planlægges andetsteds. I dagvagten lægger planlægger kørelisterne, som hun efterfølgende retter til sammen med social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker ved morgenmødet. Mange social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter kender deres kørelistere inden morgenmødet, da de arbejder med faste kørelistere og borgere. Kontinuiteten for borgerne sikres ved, at to social- og sundhedshjælpere eller to social- og sundhedsassistenter ofte deler samme rute, så der altid er en af dem på arbejde. Enkelte social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter fungerer som "flyvere", der dækker de kørelistere, som ikke er besat på grund af sygdom eller lignende. Der er som regel kun én sygeplejerske i dagvagt, som håndterer alle sygeplejerskeopgaver på tværs af ruterne. Ergoterapeuten og fysioterapeuten planlægger deres kørelistere sammen med planlægger og teamleder for en uge ad gangen. Social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter kan justere deres kørelistere på dagen i samarbejde med planlæggeren. Sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter kan selv ændre deres kørelistere og flytte borgere mellem dagene, hvorefter de orienterer planlæggeren.

## KOMMUNE 2

I kommune 2 er der tilknyttet 5 planlæggere til hovedkvarteret, som dermed danner deres eget team: der er 2 planlæggere for social- og sundhedshjælpere (Servicelovsydelser) i dagvagten, 1 planlægger for social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker (Sundhedslov- og Servicelovsydelser) i dagvagten, 1 planlægger for social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker samlet i aftenvagten. Planlæggerne i dagvagt er alle uddannede social- og sundhedsassistenter. Desuden er der 1 planlægger for nattevagten for alle tre områder A, B og C. Hverdagsterapeuterne er organiseret i en anden enhed i kommunen, så dem har planlæggerne intet med at gøre. Sygeplejerskerne har tre funktioner i dagvagten. De kan enten være udekørende hjemmesygeplejersker, være i sygeplejeklinikken eller have akutbil, hvor de hurtigt kan køre ud til akutte opgaver. Sygeplejerskerne ved, at de kan få en af disse ruter – men ikke hvilken. Medarbejderne kan tilkendegive ønsker til kørelistere og tildeling af borgere, mens planlæggeren vurderer, hvorvidt det er muligt. Medarbejderne forventes at rapportere, hvis de oplever uensigtsmæssigheder i tilrettelæggelsen. Hvis der sker uforudsete ting i løbet af dagen f.eks. sygdom, flytter planlæggerne borgere til andre medarbejders køreliste. Planlægger og leder beder derfor jævnligt alle medarbejdere om at opdatere deres telefoner, for at se om der er ændringer. Kørelisterne for næste dag kan medarbejderne se sidst på dagen, men de gældende kørelistere kender de ikke før, de møder ind. Forventningen er, at alle skal kunne tage alle kørelistere. Nogle social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter har faste borgere på deres køreliste for at sikre, at borgere med f.eks. psykiske problematikker ikke besøges af mange forskellige.

## KOMMUNE 3

I kommune 3 er der tilknyttet en planlægger, som lægger kørelistere i dag- og aftenvagten. Nattevagten kører på tværs af område A og B og planlægges af aftenvagten i område B. Planlæggeren er uddannet social- og sundhedsassistent. Planlægger lægger kørelisterne for social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker og retter dem til sammen med



social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter ved morgenmødet. Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter kender ikke nødvendigvis deres kørelister, inden de møder ind. Enkelte er desuden "flyvere", hvilket vil sige, at de tager de kørelister, som er tilovers pga. sygdom eller lignende. Der er almindeligvis kun en sygeplejerske i dagvag, som tager borgere med opgaver, som kun kan varetages af en sygeplejerske. Sygeplejersken retter selv sin køreliste og kan også flytte borgere mellem dagene.

## D.8. Medarbejdersammensætning i de tværfaglige teams

Kommunerne har forskellige medarbejdersammensætninger i de tværfaglige teams, som der skal tages højde for ledelsesmæssigt. I alle tre kommuner er en del af teamet ufaglærte. Det drejer sig om alt fra unge, der har sabbat inden en uddannelse, mennesker, der aldrig har fået en uddannelse eller ønsker at skifte fag, til f.eks. ukrainske flygtninge. I kommune 1 og 3 er mange af medarbejderne opvokset i lokalområdet, og indenfor disse teams er der forskellige familiære relationer. I kommune 1 er planlægger og ergoterapeut mor og datter, mens to social- og sundhedshjælpere i team i kommune 3 også er mor og datter. I kommune 2 stammer flere fra storbyområdet, men mange kommer også fra andre steder i Danmark eller verden. Blandt de interviewede er en fra Peru, en anden fra Filippinerne og en tredje fra Iran.

## D.9. Tværfaglige fora i de tværfaglige teams

De tre kommuner har forskellige former for tværfaglige mødefora i de tværfaglige teams, som viser forskelle i måder at gribe tværfaglighed an på. F.eks. i tidsrammer og sammensætning af fagprofessionelle. Se oversigten nedenfor (figur 14).



## KOMMUNE 1

Ved morgenmødet i kommune 1 kan alle medarbejdere se alle ude-teamets kørelister på tværs af de to miniteams på en fladskærm midt i rummet, og desuden også på deres mobiltelefon eller iPad. Social- og sundhedshjælpere og ufaglærte har mobil, mens social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker har mobil og iPad. De to miniteams lægges ved sygdom sammen til et team. Der er ikke en egentlig mødeleder, men teamleder eller planlægger koordinerer. Der tales uformelt om kørelisterne, og medarbejderne bytter borgerbesøg indbyrdes, hvilket straks justeres af planlæggeren på fladskærmen. Bytninger kan være for at udligne arbejdsbelastningen, imødekomme ønsker om "vante" borgere, rette fejl i planlægningen (f.eks. dobbeltbookede medicingivninger), eller optimere planlægningen (f.eks. at en sygeplejerske, der kommer til et sårskift, også stiller maden frem til borgeren, så en social- og sundhedshjælper ikke også behøver komme forbi). Ved mødet sparrer medarbejderne indbyrdes eller med teamleder om opgaverne f.eks. rækkefølgen af plejen hos en borger, håndtering af en småtspisende eller smerteplagede borgere. Ved det 2-timers tværfaglige møde kl. 14-16 kan medarbejderne på forhånd skrive punkter til dagsorden eller ønsker til undervisning på en tavle i mødelokalet. Teamlederen fungerer som mødeleder og sikrer, at alle kommer til orde. Den første time er afsat til drøftelse af borgere med særlige problematikker, mens den anden time fokuserer på teamets interne forhold og samarbejde. Denne time kan også inkludere fællesundervisning i emner som forflytning, diabetes, førstehjælp, eller psykologisk supervision for at håndtere psykisk belastende situationer med borgere. Ofte bruges størstedelen af mødet på at diskutere håndtering af borgerproblematikker.

## KOMMUNE 2

I kommune 2 fungerer en sygeplejerske som gruppefacilitator ved morgenmødet i hver af de tværfaglige teams (blå, rød, gul). Hvis en sygeplejerske er fraværende, overtager teamlederen eller også samles teams til to. Alle medarbejdere har mobil eller iPad til at se deres egne kørelister, men ikke andres. Social- og sundhedshjælpere og ufaglærte har mobil, mens social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker har mobil og iPad. Sygeplejersken spørger ved de 8-minutters morgenmøde om medarbejdernes kørelister ser fornuftige ud, og om nogen har behov for sparring. Ved de 8-minutters frokostmøde, som også betegnes triagemøde, registreres borgere med særlige problematikker på en tavle som røde, gule og grønne. To til tre gange om ugen ledes det 8-minutters frokostmøde af hverdagsterapeuterne, og her gennemgås de borgere, som er skrevet på en hverdagsrehabiliteringstavle.

En gang om ugen er frokostmødet i hver af de tværfaglige teams udvidet til 30 minutter, hvor sygeplejersken leder mødet. Her gennemgås 1-2 borgere, som medarbejderne har skrevet på tavlen på grund af bekymringer, såsom småtspisende, inaktive, hukommelsessvækkede, deprimerede eller smerteplagede borgere, eller dem der har tabt sig eller nægter medicin. Disse møder kaldes "Fokusborgermøder" og anvender et særligt udviklet værktøj kaldet "Hjulet", som er inddelt i skemaer for tidlig opsporing og forebyggelse (Figur 15). Mødet kan også inkludere undervisning i brug af hjælpemidler eller øvelser i ældreplejens skills lab, hvor der er udstyr som seng og lift.





Figur 15: Fotos af redskaber der bruges ved de tværfaglige møder i Kommune 2 (tv.) og Kommune 3 (th.)

© Lisbeth Aaskov Falch 2024

## KOMMUNE 3

Ved morgenmødet i kommune 3 vises kørelisterne for de to miniteams på en fladskærm i teamets mødelokale. Hvis der er sygdom, samles de to miniteams til ét samlet team. Alle medarbejdere kan se kørelisterne på deres mobil eller iPad. Social- og sundhedshjælpere og uaglærte har mobil, mens social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker har mobil og iPad. Der er ikke en fast mødeleder. Normalt er det en social- og sundhedsassistent fra hvert miniteam, der koordinerer morgenmødet og justerer kørelisterne. Denne opgave kan også varetages af planlægger, teamleder eller en sygeplejerske. Justeringerne omfatter reorganisering på grund af sygdom, udligning af arbejdsbelastningen eller mere hensigtsmæssig planlægning, så der kommer færrest mulige i den enkelte borgers hjem.

Ved triagemødet, der afholdes to gange om ugen, er mødelederen typisk en sygeplejerske eller distriktsleder. Mødet bruger et triageredskab (Figur 15) til at vurdere borgere, der er triageret som røde, gule eller grønne. Man drøfter, om nogle borgere skal triageres med en farvekode, eller om de med en eksisterende farve er korrekt placeret eller ikke længere har behov for en farvekode. Hverdagsterapeuten deltager ved behov i de tværfaglige teammøder efter modtagelse af en skriftlig besked i det fælles elektroniske dokumentationssystem.

### D.10. Opsummering

Kommuner er forskellige både i forhold til den opgave, de skal løse, og den måde de organiserer ældreplejen og de tværfaglige teams.

Antal indbyggere, arealstørrelse samt andel af borgere, der er visiteret til hjemmehjælp og hjemmesygepleje (figur 7), giver et billede af omfanget af den opgave, som hver af de tre kommuners

ældrepleje løser. Arealstørrelsen giver indblik i afstandene mellem borgerne og forskellige vilkår for de udekørende tværfaglige teams. Andelen af visiterede borgere til henholdsvis hjemmepleje og hjemmesygepleje peger på, hvilken sammensætning af fagprofessionelle der kaldes på i de tværfaglige teams i de tre kommuner.

Ældreplejen i de tre kommuner er organiseret med forskelligt ophæng til resten af kommunens opbygning (figur 8-9-10). Sammenlægning af hjemmesygepleje og hjemmepleje og dermed Sundhedslovs- og Servicelovsopgaver og ændringer indenfor ældreplejen som f.eks. tværfaglige teams ændrer således på samarbejde og snitflader med andre kommunale enheder, så som visitationen og genoptræningen.

Størrelsen på de tværfaglige teams og sammensætningen af faggrupper i dem, er forskellige i kommunerne (figur 11-12-13). Alle har været igennem en forandring fra tidligere fagfaglige søjler til organisering i mere tværfaglige teams. De er desuden i en proces, hvor de i dagvagten forsøger at opdele de tværfaglige teams i endnu mindre enheder for i tråd med den nationale agenda at forsøge at skabe "*mindre tværfaglige teams*".

De tværfaglige teams i de tre kommuner har forskellige fysiske rammer. Gennemgående er, at deres tværfaglige teams har et fælles mødested, der skal kunne rumme alle, og også funktionerne som mødelokale, frokoststue og kontor. Nogle faggrupper møder ind i det fælles mødelokale, mens andre faggrupper fortsat har fagfaglige rum, som tyder på, at forandringen fra en fagfaglig organisering til en tværfaglig gøres forskelligt med forskellige løsninger. I alle tre kommuner sidder ledere og planlægger på separate kontorer.

De tværfaglige teams i alle tre kommuner ledes af en sygeplejerske med en diplomuddannelse i ledelse, mens ledernes sygeplejefaglige og ledelsesmæssige erfaringer varierer fra få til mange år. Lederne leder forskellige sammensætninger af medarbejdere, som der skal tages højde for. Der er til de tværfaglige teams tilknyttet en eller flere planlæggere, som er uddannet henholdsvis social- og sundhedshjælper eller social- og sundhedsassistenter. Planlæggerne lægger kørelister og koordinerer opgaverne, mens planlægning af aften- og nattevagt kan være organiseret på flere måder. Medarbejdernes indflydelse på planlægningen er forskellig fra kommune til kommune. Ligeledes er der forskel mellem faggrupperne på hvor stor indflydelse, de har. Terapeuternes arbejde planlægges kun delvist sammen med de øvrige medarbejdere i de tværfaglige teams.

Kommunerne har organiseret sig med forskellige tværfaglige møde fora i de tværfaglige teams (figur 14), som viser de store forskelle i måder at gribe tværfaglighed an på f.eks. i tidsrammer, sammensætning af fagprofessionelle, mødeledelse og måder at deltage.





# Referencer

- Blom, A. (2014): Det kommunale sundhedsområde i et historisk perspektiv. I: B. M. Pedersen & S. R. Petersen (Red.). Det kommunale sundhedsvæsen. København: Hans Reitzels Forlag.
- Buurtzorg (2024): Buurtzorgs hjemmeside. Hentet den 25.06.2024: <https://www.buurtzorg.com/>
- Danmarks Statistik (2018). Inddeling af Danmarks kommuner. Hentet den 25.06.2024: <https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=3151484056&fo=0&ext=kvaldel>
- Danmarks Statistik (2022a). Sociale ydelser til ældre. Figur: Andel af hjemmehjælpsmodtagere (67+ år) i forhold til befolkningen). Hentet den 25.06.2024: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/sociale-forhold/social-stoette/sociale-ydelser-til-aeldre>
- Danmarks Statistik (2022b). Modtagere af hjemmesygepleje (eget hjem) efter område, tid og køn. Hentet den 24.06.2024: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/define.asp?PLanguage=0&subword=tabel&MainTable=HJEMSYG&PXSID=213759&tablestyle=&ST=SD&buttons=0>
- Danmarks Statistik (2024). Kommunernes areal. Hentet den 25.06.2024: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/miljoe-og-energi/areal/arealopgoerelser>
- Fälling Andersen, L. M. (2000): Fra Sløjd og håndarbejde til håndværk og design. En kulturanalytisk, didaktisk og materiel undersøgelse af etablerings- og forandringsprocesser i fag og fagdidaktik. Ph.d.-afhandling. DPU - Danmarks Institut for Pædagogik og Uddannelse. Aarhus Universitet.
- Fremfærd (2016): Kerneopgaven i hverdagen. Et nyt perspektiv på formål og samarbejde. Hentet den 25.06.2024: [https://vpt.dk/sites/default/files/2016-04/fremfaerd-kerneopgaven-i-hverdagen-web-endelig\\_o.pdf](https://vpt.dk/sites/default/files/2016-04/fremfaerd-kerneopgaven-i-hverdagen-web-endelig_o.pdf)
- Fremfærd Sundhed & Ældre (2020): Projektbeskrivelse: Nærhed i omsorg - Rette kompetencer til rette opgaver. Hentet den 25.06.2024: <https://vpt.dk/sites/default/files/2020-12/N%C3%A6rhed%20i%20omsorg%20%2010.12.20%20U%C3%98.pdf>
- Fremfærd Sundhed & Ældre (2022): Projektbeskrivelse: Udviklingsrum for kommuner om små teams i hjemmeplejen. Hentet den 25.06.2024: [https://vpt.dk/sites/default/files/2022-04/Projektbeskrivelse\\_U%C3%98.pdf](https://vpt.dk/sites/default/files/2022-04/Projektbeskrivelse_U%C3%98.pdf)
- Frølich, A., Olesen, O., Kristensen, I. (2017): Hvidbog om MULTISYGDOM. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Hentet den 25.06.2024: [http://multisygdom.dk/wp-content/uploads/2017/03/Hvidbog-til-net\\_2\\_rettet1.pdf](http://multisygdom.dk/wp-content/uploads/2017/03/Hvidbog-til-net_2_rettet1.pdf)
- Højrup, T. (1995): Omkring livsformsanalysens udvikling. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Højrup, T. (2002): Dannelsens Dialektik. Etnologiske udfordringer til det glemte folk. Stats- og livsformer 4. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2022): Sundhedsreformen. Hentet den 25.06.2024: <https://sum.dk/Media/637888973082282053/Aftale%20-%20Et%20sammenh%C3%A6ngende,%20on%C3%A6rt%20og%20ost%C3%A6rkt%20sundhedsv%C3%A6sen.pdf>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024): Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr. 247 af 12/03/2024. Hentet den 30.06.2024: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2024/247>
- Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet (2023): Robusthedskommissionens anbefalinger. Hentet den 25.06.2024: <https://ism.dk/Media/638336462586551242/Robusthed-Samlet-Rapport-TILG.pdf>
- Martin, A.K, Green, T.L., McCarthy, A.L., Sowa, P.M. & Laakso, E. (2022). Healthcare Teams: Terminology, Confusion, and Ramifications. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 8 (15), 765-772.
- Social- og Indenrigsministeriet (2020): Aftale om udbredelse af velfærdsaftaler på ældreområdet. Hentet den 25.06.2024: <https://im.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2020/dec/politisk-aftale-om-velfaerdsaftale-paa-aeldreområdet/>

- Social- og Ældreministeriet (2021a): Ældretopmødet 2021. Hentet den 25.06.2024: <https://sm.dk/arbejdsomraa-der/aeldreomraadet/aeldretopmoedet-2021>
- Social- og Ældreministeriet (2021b): Spor 1: Nærhed i omsorg – små teams i ældreplejen/slides. Hentet den 25.06.2024: [https://sm.dk/Media/637683414504950576/Topmoede\\_spor1\\_Naerhed\\_i\\_omsorg\\_Smaa\\_teams\\_i\\_hjemmeplejen.pdf](https://sm.dk/Media/637683414504950576/Topmoede_spor1_Naerhed_i_omsorg_Smaa_teams_i_hjemmeplejen.pdf)
- Social- og Ældreministeriet (2021c): Fælles fodslag om en bedre ældrepleje. Hentet den 25.06.2024. <https://sm.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2021/nov/faelles-fodslag-for-en-bedre-aeldrepleje>
- Social- og Ældreministeriet (2022): Redegørelse om ældreområdet 2022. Hentet den 25.06.2026: [https://sm.dk/Media/637870890379235305/Redegoerelse\\_om\\_aeldreomraadet\\_2022.pdf](https://sm.dk/Media/637870890379235305/Redegoerelse_om_aeldreomraadet_2022.pdf)
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2024a): Redegørelse om ældreområdet 2024. Hentet den 25.06.2024: [https://www.sm.dk/Media/638447961815114419/Redeg%c3%b8relse\\_om\\_%c3%a6ldreomr%c3%a5det\\_2024.pdf](https://www.sm.dk/Media/638447961815114419/Redeg%c3%b8relse_om_%c3%a6ldreomr%c3%a5det_2024.pdf)
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2024b): Aftale om en reform af ældreområdet. Hentet den 25.06.2024: [https://www.sm.dk/Media/638490573249130235/Aeldrereform\\_aftaletekst\\_apr2024.pdf](https://www.sm.dk/Media/638490573249130235/Aeldrereform_aftaletekst_apr2024.pdf)
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2024c): Bekendtgørelse af lov om social service. LBK nr. 67 af 22/01/2024. Hentet den 30.06.2024: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2024/67>
- Sundhedsstyrelsen (2020): Ny pulje på 245 mio. kr. skal styrke omsorg og nærvær i ældreplejen. Hentet den 25.06.2024: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2020/ny-pulje-paa-245-mio-kr-skal-styrke-omsorg-og-naervaer-i-aeldreplejen>
- Sundheds- og Ældreministeriet (2018): Redegørelse om ældreområdet 2018. Hentet den 25.06.2024: <https://www.ft.dk/samling/20171/almDEL/SUU/bilag/292/1880940.pdf>
- Sundheds- og Ældreministeriet (2019): Redegørelse om ældreområdet 2019. Hentet den 25.06.2024: <https://www.ft.dk/samling/20181/almDEL/suu/bilag/314/2045820.pdf>
- Sundheds- og Ældreministeriet (2020a): Redegørelse om ældreområdet 2020. Hentet den 25.06.2024: [https://sm.dk/Media/637666126708148318/AE\\_Redegoerelse\\_om\\_aeldreomraadet\\_2020.pdf](https://sm.dk/Media/637666126708148318/AE_Redegoerelse_om_aeldreomraadet_2020.pdf)
- Sundheds- og Ældreministeriet (2020b): Ældretopmødet 2020. Hentet den 25.06.2024: <https://sm.dk/arbejdsomraa-der/aeldreomraadet/aeldretopmoedet-2020>
- Uddannelses- og Forskningsministeriet (2022): Kvalifikationsrammen for Livslang Læring. Hentet den 25.06.2024: <https://ufm.dk/uddannelse/anerkendelse-og-dokumentation/dokumentation/kvalifikationsrammer>
- Viden på Tværs (2022): Svensk model for hjemmepleje med ultra små teams vækker interesse. Hentet den 25.06.2024: <https://vpt.dk/sundhed/svensk-model-hjemmepleje-med-ultra-smaa-teams-vaekker-interesse>
- VIVE (2018): Komplexitet i den kommunale sygepleje – En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen. Hentet den 25.06.2024: <https://www.vive.dk/media/pure/10847/2305498>
- Wackerhausen, S. (2004): Professionsidentitet, sædvane og akademiske dyder. I: N. Buur Hansen og J. Glerup (Red.), Videnteorier, professionsuddannelse og professionsforskning. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Wackerhausen, S. (2009): Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23 (5), s. 455- 473.