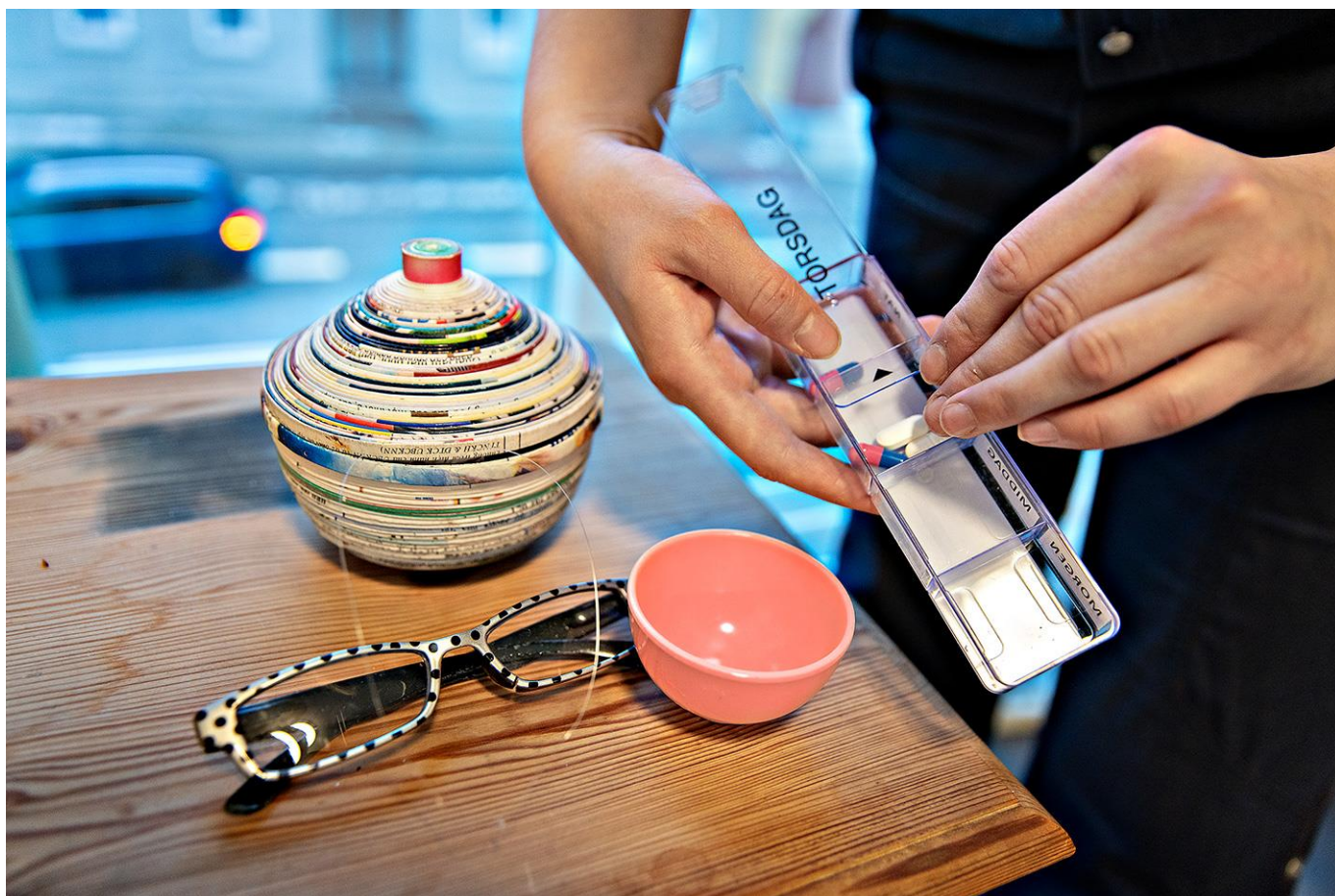


Organisering af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen

Fordele og ulemper ved monofaglig og tværfaglig organisering



Emmy Hjort-Enemark Topholm og Christina Holm-Petersen

Organisering af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen – Fordele og ulemper ved monofaglig og tværfaglig organisering

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-043-6

Forsidefoto: Cathrine Ertmann/VIVE

Projekt: 302125

Finansiering: Social- og Ældreministeriets årlige trækingsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Forord

VIVE har designet og gennemført en analyse af organiseringen af den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje for Social- og Ældreministeriet. Formålet med analysen er at tage de første skridt mod at skabe et vidensgrundlag for kommunernes organisering af den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje med fokus på frontlinjemedarbejderne. Analysen henvender sig derfor især til direktører og ledere i kommunerne. Analysen er finansieret af Social- og Ældreministeriets årlige trækingsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE.

Vi håber, at kommunerne og andre aktører på området kan drage nytte af analysen i nuværende og kommende beslutninger om organisering og udvikling af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, ikke mindst i de igangværende forsøg med at afprøve og implementere selvstyrende og tværfaglige teams. Håbet er også, at rapporten på mere overordnet niveau kan anvendes til at kvalificere drøftelserne om fremtidens ældreområde, hvad angår organisering og faggruppernes roller og faglighed.

Analysen peger på, hvilke fordele og ulemper der knytter sig til to overordnede organiseringsformer: monofaglig og tværfaglig organisering af hjemmesygepleje og hjemmepleje. Endvidere peger analysen på organisatoriske initiativer, der kan imødekomme de oplevede ulemper ved organiseringsformerne. Fem kommuner har deltaget i analysen. Kommunerne er udvalgt, fordi de er eksempler på hhv. monofaglig og tværfaglig organisering. VIVE vil gerne rette en stor tak til deltagerkommunerne og for, at ledere og medarbejdere har taget sig tid til at bidrage til, at vi sammen har skabt mere viden om et vigtigt emne for ældreplejen.

Undersøgelsen er designet, gennemført og formidlet af analytiker Emmy Hjort-Enemark Topholm og chefanalytiker, ph.d. Christina Holm-Petersen. Studentermedhjælper Annette Thøstesen har bidraget med litteratursøgning, transskribering, kodning samt formidling af analysedesign og litteratur. Tidligere videnskabelig assistent Emilie Hjermitzlev Jonsen har ligeledes hjulpet med litteratursøgning. Rapporten er internt kvalitetssikret ved projektchef Martin Sandberg Buch og forsknings- og analysechef Mickael Bech. Rapporten er eksternt kvalitetssikret ved hhv. konsulent Sidsel Vinge og områdechef i Københavns Kommune Jette Bolding, som vi gerne vil sende en stor tak for grundige og brugbare kommentarer.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning.....	11
1.1 Baggrund	11
1.2 Eksisterende viden.....	12
1.3 Formål	13
1.4 Design og metode.....	14
1.5 Læsevejledning	16
2 Monofaglig organisering	17
2.1 Introduktion til monofaglig organisering.....	17
2.2 Sygeplejerskernes monofaglige fællesskab i centrum.....	20
2.3 Tværfaglig sparring og vidensdeling	25
2.4 Arbejdsdeling.....	32
2.5 Arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering.....	37
2.6 Ledelsesfokus på tværfagligt samarbejde	40
2.7 Opsamling	44
3 Tværfaglig organisering.....	47
3.1 Introduktion til tværfaglig organisering.....	47
3.2 Borgeren i centrum	49
3.3 Tværfaglig sparring og vidensdeling	50
3.4 Arbejdsdeling.....	55
3.5 Sygeplejerskers behov for monofagligt fællesskab	58
3.6 Arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering.....	60
3.7 Ledelsesfokus på sygeplejerskers faglige udvikling	63
3.8 Opsamling	65
4 Konklusion	69
4.1 Et dilemma mellem sygeplejerskers monofaglighed eller tværfagligt samarbejde	69
4.2 Muligheder for sygeplejerskers monofaglighed og tværfagligt samarbejde	70
5 Perspektivering.....	73
Litteratur	75
Bilag 1 Deltagere	77
Bilag 2 Interviewguides.....	78
Bilag 3 Kodetemaer	81

Sammenfatning

Der er fra et policy-, praksis- og forskningsperspektiv behov for mere systematisk viden om organiseringen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i Danmark. Det skyldes dels omfattende udfordringer med at sikre rekruttering og fastholdelse blandt hjemmesygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. Dels skyldes det afprøvninger og implementeringer af selvstyrende, tværfaglige teams med inspiration fra den hollandske model Buurtzorg, som for mange kommuner indebærer integration mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

Denne analyse har derfor til formål at belyse, hvilke fordele og ulemper der knytter sig til hhv. monofaglig og tværfaglig organisering. Den skal skabe et bedre vidensgrundlag for kommunernes udvikling af faglighed og samarbejde samt for deres beslutninger om, hvordan de fremadrettet vil organisere området.

Analysen er gennemført som et kvalitativt komparativt casestudie i fem kommuner – tre kommuner har monofaglig organisering, og to kommuner har tværfaglig organisering. Med begrebet monofaglig organisering menes, hvorvidt sygeplejersker er organiseret i en selvstændig enhed under egen ledelse adskilt fra hjemmeplejens organisering og ledelse, mens tværfaglig organisering her betyder, at hjemmesygeplejerskerne er integreret med hjemmeplejen under fælles ledelse i tværfaglige grupper. I hver af de deltagende kommuner er der i november 2021 gennemført interview med fagchefer, ledere, hjemmesygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.

Fordele og ulemper ved monofaglig organisering

Analysen peger på, at den primære fordel ved monofaglig organisering er, at organiseringsformen tilgodeser sygeplejerskernes oplevede behov for monofagligt fællesskab. I casekommunerne med monofaglig organisering er erfaringen, at sygeplejersker har et behov for faglig sparring og fagfællesskab med andre sygeplejersker. Og oplevelsen – og til dels også erfaringerne fra tidligere integrerede ordninger – er, at monofaglig organisering skaber bedre rammer for dette. Sygeplejerskernes behov for monofagligt fællesskab er således hovedargumentet for monofaglig organisering. Derfor skaber organiseringsformen også bedre muligheder for fastholdelse og rekruttering i sygeplejen, hvilket ifølge de interviewede er en anden fordel ved monofaglig organisering.

Den primære ulempe ved monofaglig organisering er udfordringer med det tværfaglige samarbejde mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje. Oplevelsen er, at der ikke er tilstrækkelige relationer eller kendskab mellem faggrupperne og til hinandens borgere, samt at der er begrænset adgang til at sparre og vidensdele om borgerne.

Sygeplejerskernes monofaglige fællesskab i centrum

For interviewpersonerne i casekommunerne med monofaglig organisering er oplevelsen altså, at sygeplejerskerne har behov for monofaglig sparring og fællesskab, samt at dette bedst sikres ved, at sygeplejerskerne er organiseret i en selvstændig enhed med egen

leder adskilt fra hjemmeplejen. Argumenterne er, at sygeplejerskerne har behov for sparring med andre sygeplejersker omkring komplekse borgere, og at faglig udvikling i sygeplejen bedst understøttes af, at de går sammen i det daglige, herunder også, at de går sammen med og har nem adgang til sparring med akut- og specialistsygeplejerskerne (med særlig ekspertise inden for fx sår eller palliation), som bidrager til at højne det faglige niveau. Et andet argument er, at monofaglig organisering understøtter effektiv udnyttelse af sygeplejerske-ressourcerne. Når sygeplejerskerne er samlet, kan de bedre hjælpe hinanden i det daglige, og igennem afstand til hjemmeplejen kan de samtidig fokusere på egne opgaver, som det formuleres.

Tværfaglig sparring og vidensdeling

I de tre casekommuner med monofaglig organisering er der variation mellem kommunernes og interviewpersonernes erfaringer, men gennemgående vidner interviewene om store udfordringer med at sikre tværfaglig sparring og vidensdeling på tværs af hjemmepleje og hjemmesygepleje. Der er udfordringer med at få afholdt tværfaglige møder om borgerne, fx triagemøder, selvom casekommunerne har flere strukturer for det. Det skyldes bl.a. travlhed i hjemmesygeplejen. Udbyttet af møderne udfordres, hvis sygeplejersken ikke kender borgerne, eller hvis der ikke er kendskab og tryghed mellem faggrupperne. Oplevelsen i hjemmeplejen er nogle steder, at sygeplejen ikke prioriterer samarbejdet om borgerne. Der er udfordringer med hjemmeplejens adgang til sparring og vidensdeling med sygeplejerskerne, fordi adgangen primært er via omsorgssystemerne, som ikke understøtter dialog og samarbejde, og fordi øvrig adgang via telefonkontakt er betinget af scoringer af borgernes funktionsevne, som de fleste steder kun assistenter kan foretage. Hjælpere har således ikke direkte telefonisk adgang til hjemmesygeplejen. Adgangen er også begrænset ved, at hjælpere og assistenter ikke kan kontakte den relevante sygeplejerske direkte, men skal kontakte hjemmesygeplejens centrale nummer – og i nogle kommuner også i bestemte tidsrum. Den begrænsede adgang betyder, at sygeplejerskerne ikke bliver inddraget tidligt i forløb, hvor hjælpere eller assistenter oplever ændringer eller faldende funktionsniveau hos borgerne. Formålet med at begrænse hjemmeplejens adgang til sygeplejen er at beskytte sig mod "service-ring" af hjemmeplejen for dermed at kunne fokusere sygeplejerskens tid og ressourcer på "kerneopgaven", der her forstås som den del af sygeplejen, sygeplejerskerne leverer. Endelig er der få, hvis nogle, anledninger til at mødes uformelt og sparre ansigt til ansigt samt lav grad af kendskab og tryghed mellem faggrupperne.

Arbejdsdeling

I casekommunerne med monofaglig organisering er der en oplevelse af, at en optimal arbejdsdeling mellem faggrupperne – trods mange gode intentioner – er udfordret. Sygeplejersker oplever, at de ofte bliver inddraget sent i borgerforløbene, og at de ikke får overdraget de sygeplejeopgaver til hjælpere og assistenter, de gerne vil. Det skyldes manglende kendskab og tryghed mellem faggrupperne, og sygeplejerskerne oplever, at det er tidskrævende at overdrage opgaver på tværs af systemer. Derudover medfører økonomistyringen af sygeplejen nogle steder, at sygeplejen har et økonomisk incitament til at "beholde opgaverne", hvilket også modarbejder opgaveoverdragelse. Hjælpere og assistenter oplever ikke at få deres kompetencer og roller tilstrækkeligt i spil i borgerforløbene, fordi de ikke har adgang til sparring og vidensdeling med sygeplejerskerne, og fordi de ikke får overdraget de sygeplejeopgaver, de gerne vil.

Arbejdsglæde, rekruttering og fastholdelse

Erfaringerne i casekommunerne med monofaglig organisering er, at det monofaglige fællesskab i sygeplejen bidrager til fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker. At indgå i et trygt og fagligt stærkt arbejdsfællesskab med andre sygeplejersker bidrager til arbejdsglæde i hjemmesygeplejen. Interviewene peger omvendt på, at arbejdsglæde samt rekruttering og fastholdelse i hjemmeplejen udfordres i en monofaglig organisering. Det skyldes hjælpere og assistenters oplevelse af, at samarbejdet med sygeplejersker til tider er negativt præget af hierarki og kontrol – bl.a. som følge af en lav grad af kendskab og tryghed mellem faggrupperne og den afstand, der er (fysisk og mentalt) mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje. Hjælpere og assistenter brænder for et tæt og ligeværdigt samarbejde med sygeplejerskerne. Interviewpersonerne peger på, at disse forhold samt manglende overdragelse af sygeplejeopgaver modvirker rekruttering og fastholdelse i hjemmeplejen – især af assistenter.

Ledelsesfokus på tværfagligt samarbejde

I casekommunerne med monofaglig organisering er ledelsens fokus især på at understøtte det tværfaglige samarbejde, der fremstår som den primære ulempe ved denne organiseringsform. Lederne fortæller, at de forsøger at sikre samarbejdet i praksis ved at motivere til tværfaglighed i sygeplejen og ved at skabe en kultur i sygeplejen, hvor sygeplejerskerne ønsker og prioriterer samarbejdet med hjemmeplejen. Hvor optagede lederne er af at fremme en sådan kultur i sygeplejen, varierer dog mellem casekommunerne. Lederne fortæller også, at det tværfaglige samarbejde på ledelsesniveau smitter af på medarbejderniveauet. Hvorvidt lederne oplever at arbejde sammen på tværs af hjemmepleje og hjemmesygepleje, varierer dog også. Nogle ledere peger på, at integration på ledelsesniveau kan være en fremmer for det tværfaglige samarbejde, men det er ikke et gennemgående perspektiv blandt de interviewede ledere. De tre casekommuner har forskellige erfaringer med initiativer, der skal understøtte det tværfaglige samarbejde, herunder samlokation, tilpasning af sygeplejens ruter og sygeplejersker i konsulentfunktioner i hjemmeplejen.

Fordele og ulemper ved tværfaglig organisering

Den primære fordel ved tværfaglig organisering er ifølge de to casekommuner, at den bidrager til at sætte borgeren i centrum, fordi den understøtter kontinuitet i borgerkontakten og tidlig opsporing af begyndende sygdom igennem tæt tværfagligt samarbejde mellem sygeplejersker, assistenter og hjælpere. Såvel ledere, sygeplejersker, assistenter og hjælpere i disse casekommuner oplever, at tværfaglig organisering er den mest ideelle og optimale organiseringsform, fordi de forbinder det med høj samlet kvalitet i borgerforløbene. Derfor italesætter interviewpersonerne herfra heller ikke nogle ulemper ved tværfaglig organisering, men det kommer frem i interviewene, at sygeplejerskerne kan opleve en sårbarhed ved at have få sygeplejersker i hver gruppe at sparre med i det daglige, som forstærkes i perioder med ubesatte stillinger.

Tværfaglig sparring og vidensdeling

I de to casekommuner med tværfaglig organisering er der kendskab og tryghed mellem faggrupperne, som skaber grundlag for velfungerende tværfaglig sparring og vidensdeling. Udfordringerne med vidensdeling via omsorgssystemer genfindes ikke i interviewene. Fordi faggrupperne møder ind sammen og ser hinanden i løbet af dagen, har de mulighed for at følge op og sparre uformelt ansigt-til-ansigt. Interviewene vidner heller ikke om udfordringer med sparring og vidensdeling via telefonkontakt. Oplevelsen er, at hjælpere og assistenter ved, i hvilke situationer de skal kontakte sygeplejersken, og i hvilke situationer henvendelsen kan vente, til de ses senere på dagen. Sygeplejerskerne oplever, at de henvendelser, de får, er relevante, og at de også selv har adgang til hjælpere og assistenter, når de har behov for det. I de tværfaglige organiseringer er der altså gode muligheder for uformel sparring, og der er anledninger til at mødes, hvilket medarbejderne betragter som afgørende for det tværfaglige samarbejde. Der er ligeledes en række strukturer for planlagte tværfaglige møder. Heller ikke her beretter interviewpersonerne om nogle udfordringer, idet der er kendskab, tryghed og kontinuitet i, hvilke medarbejdere der deltager. Nogle steder spiser faggrupperne fælles frokost, hvor de deler formiddagens observationer og spørgsmål. Andre steder foretrækker sygeplejerskerne at spise frokost for sig selv. De steder italesættes det ikke som en udfordring for relationerne mellem faggrupperne, om end hjælpere og assistenter vil foretrække, at sygeplejersker sidder sammen med dem.

Arbejdsdeling

Erfaringerne i casekommunerne med tværfaglig organisering peger på, at arbejdsdelingen mellem faggrupperne bidrager til, at hver faggruppe får sin faglighed i spil i borgerforløbene. I disse interview kommer den gensidige afhængighed mellem faggrupperne til udtryk, og der er en erkendelse af, at den samlede opgaveløsning kræver tæt samarbejde. Det bidrager til en oplevelse af, at faggrupperne arbejder i en fælles retning i borgerforløbene. Interviewene udtrykker også klarhed omkring faggruppernes roller og bidrag i borgerforløbene. Derudover er der en høj grad af kendskab og tryghed, som understøtter opgaveoverdragelse fra sygeplejersker til hjælpere og assistenter. Lederne italesætter en høj grad af opgaveoverdragelse som en fordel ved tværfaglig organisering.

Sygeplejerskers behov for monofagligt fællesskab

De interviewede sygeplejersker oplever at stå med et stort ansvar i det daglige, hvor arbejdet foregår alene ude ved borgerne og også kræver, at de tager selvstændige beslutninger. Derfor er erfaringen, at sygeplejerskerne har behov for sparring med andre sygeplejersker, fx omkring komplekse borgere. Selvom de interviewede sygeplejersker værdsætter den sparring og vidensdeling, de har med hjælpere og assistenter, så udtrykker de behov for monofagligt fællesskab. Oplevelsen i de to casekommuner er, at sygeplejersker har tilstrækkelig adgang til monofaglig sparring. Samtidig udtrykker de interviewede hjælpere og assistenter forståelse for sygeplejerskernes behov for monofaglige rum. Det fremstår således ikke som en udfordring for det tværfaglige samarbejde. Oplevelsen er også, at alle tre faggrupper har tilstrækkelig adgang til de centralt organiserede specialist- og akutfunktioner i forhold til at koble dem på forløb og i forhold til at få sparring.

Arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering

Interviewene i de tværfagligt organiserede casekommuner peger på, at de tværfaglige grupper er karakteriseret ved en oplevelse af fællesskab om borgerne. Oplevelsen er, at alle arbejder i samme retning bl.a. som følge af, at faggrupperne har fælles ledelse. Sådan et dagligt arbejdsfællesskab bidrager til arbejdsglæde blandt faggrupperne. Arbejdsglæde følger også af oplevelser af, at relationerne og samarbejdet mellem faggrupper er karakteriseret ved ligeværd og teamånd, hvor alle faggrupper oplever at byde ind, og hvor ingen kan undvære hinanden. Fordi der er nærhed med og adgang til sparring hos sygeplejersker, er der bedre rammer for faglig udvikling af hjælpere og assistenter, hvilket er forbundet med tilfredshed i jobbet. Erfaringerne er også, at overdragelse af sygeplejeopgaver og kontinuitet i borgerkontakten understøtter fastholdelse og rekruttering af hjælpere og assistenter.

Ledelsesfokus på sygeplejerskers behov for faglig udvikling

Lederne i casekommunerne med tværfaglig organisering har fokus på at fremme både tværfaglighed og monofaglighed. Erfaringerne er, at det at sikre tværfaglighed i dagligdagen kræver ledelsesfokus, da sygeplejersker har en tendens til at søge mod hinanden, fx ved at spise frokost for sig selv. De interviewede ledere er også optagede af sygeplejerskernes monofaglighed, således tværfaglighed og monofaglighed sameksisterer i de tværfaglige organiseringer. I casekommunerne er der forskellige erfaringer med konkrete initiativer, der imødekommer sygeplejerskernes behov for faglig udvikling. Det handler om kompetenceudvikling, fx på hospitalerne til nye eller instrumentelt komplekse opgaver, og strukturer for monofaglig sparring med andre sygeplejersker, fx ugentlige møder. En casekommune har ansat koordinerende sygeplejersker i hvert distrikt, som ifølge interviewene bidrager til at højne sygeplejerskers (og hjælpere og assistenters) faglige niveau. Det handler også om at tilbyde sygeplejerskerne egne grupperum, som de oplever bidrager positivt til følelsen af at være en del af et monofagligt fællesskab. Endelig er der erfaringer med samlokation for flere tværfaglige grupper, hvilket øger volumen i antallet af sygeplejersker, og dermed giver sygeplejerskerne flere at sparre med i det daglige. Sygeplejerskernes behov for monofaglige rum (fysisk og fagligt) er ikke forbundet med oplevelser af frustration eller konflikt i relationen til hjælpere og assistenter.

Konklusion

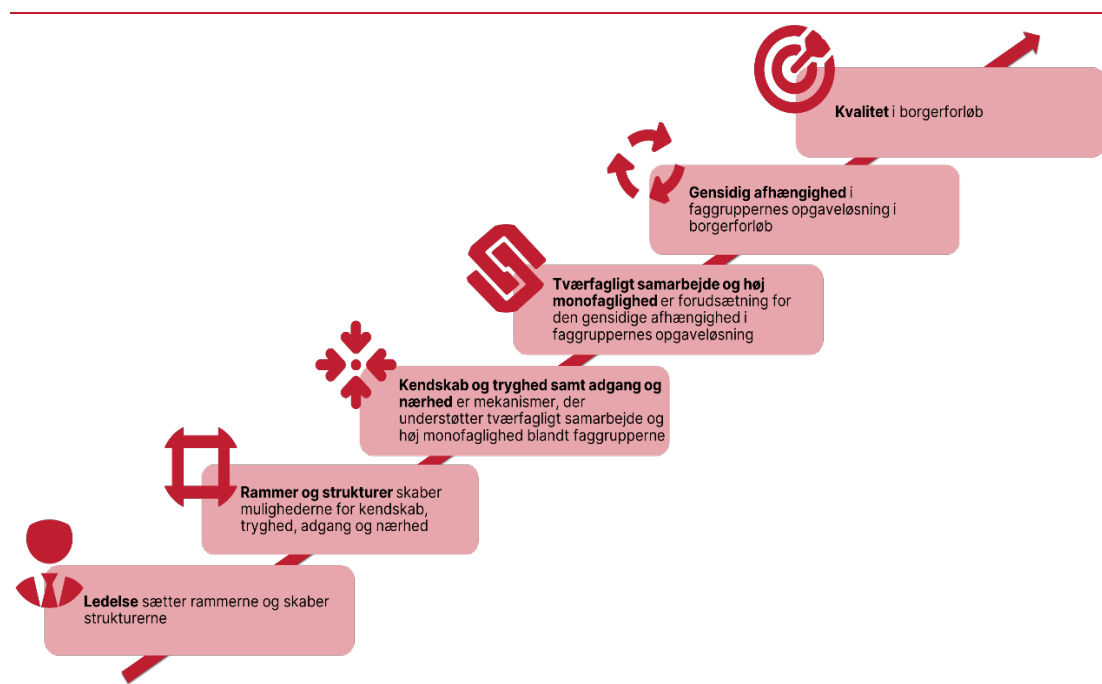
Analysen af lederes og medarbejderes erfaringer og perspektiver peger på, at sygeplejerskernes behov for at være en selvstændig enhed er styrende for valg af organiseringsform i de monofagligt organiserede casekommuner. I de tværfaglige organiseringer er oplevelsen af at sætte "borgeren i centrum" igennem tværfagligt samarbejde, der er styrende for valg af organiseringsform. Der er altså to overordnede hensyn på spil i kommunernes valg om organisering af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen: sygeplejerskers monofaglighed eller tværfagligt samarbejde.

I de monofaglige organiseringer står disse to hensyn i et modsætningsforhold til hinanden, således at casekommunerne oplever at opnå høj monofaglighed i sygeplejen på bekostning af det tværfaglige samarbejde med hjemmeplejen. For casekommunerne

med monofaglig organisering fremstår derved et dilemma om, hvorvidt tværfagligt samarbejde eller sygeplejerskers monofaglighed er det væsentligste. I interviewene i de tværfaglige organiseringer står disse hensyn ikke i et modsætningsforhold, men sameksisterer. Her er oplevelsen altså, at man har et velfungerende tværfagligt samarbejde, der sætter borgeren i centrum, samtidig med at sygeplejersker kan levere det sygeplejefaglige niveau, opgaverne og borgerne kræver af dem.

Med afsæt i casekommunernes oplevelser peger analysen endvidere på centrale mekanismer, som kan bidrage til at understøtte såvel høj monofaglighed som tværfagligt samarbejde uagtet organiseringsform: kendskab og tryghed samt nærhed og adgang. Figur 1 illustrerer dette.

Figur 1 Centrale elementer for at sikre høj faglighed og tværfagligt samarbejde i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen



Kilde: Egen tilvirkning.

Figur 1 viser målet om kvalitet i borgerforløbene og betingelsen omkring gensidig afhængighed i faggruppernes opgaveløsning. Forudsætningerne for den gensidige afhængighed er a) høj faglighed internt i faggrupperne og b) tværfagligt samarbejde mellem faggrupperne. Disse forudsætninger understøttes af mekanismerne kendskab og tryghed samt adgang og nærhed, der altså er yderligere forudsætninger for at skabe høj faglighed og tværfagligt samarbejde. Eksempler på konkrete organisatoriske initiativer, som skaber strukturer og rammer for, at disse mekanismer er til stede, er samlokation af sygeplejersker, assistenter og hjælpere, tilpasning af sygeplejens ruter med hjemmeplejens, tværfaglige møder og telefonadgang. Figuren viser ligeledes betydningen af ledelse, hvor ansvaret for at sikre rammerne og strukturerne ligger.

1 Indledning

På det nationale plan er der et stort politisk fokus på ældreområdet i disse år. Det handler særligt om to ting: at imødekomme den aktuelle mangel på arbejdskraft og at introducere selvstyrende, tværfaglige teams med inspiration fra den hollandske model Buurtzorg.

Ældreområdet står over for flere udfordringer og udviklingstendenser, som forandrer opgaveløsningen i kommunerne og dermed sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælperes arbejde. Udviklingen i hospitalsvæsenet med bedre behandlingsmuligheder, kortere liggetider og generel opgaveglidning betyder, at ældre med mere komplekse plejebehov udskrives til kommunerne, og at sygeplejeopgaverne stiger (Bendix et al., 2017, FOA, 2012). Den demografiske udvikling betyder mindre ungdomsårgange og et voksende antal ældre, der lever længere med kronisk sygdom og psykisk sygdom, hvilket ligeledes bidrager til opgaveøgning i kommunerne. Tilsammen øger disse forhold efterspørgslen på social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker. Samtidig er der omfattende udfordringer med at rekruttere og fastholde disse faggrupper, som forstærkes af en faldende beskæftigelsesgrad og et stort antal fratrædelser inden for de kommende år (Larsen & Jakobsen, 2022, Vinge & Topholm, 2021).

Disse udviklingstendenser stiller flere krav til kommunerne. Varetagelsen af stadig mere komplekse sygeplejeopgaver stiller krav om flere og højere sygeplejefaglige kompetencer, mens borgere med komplekse pleje- og sygeplejebehov fordrer en tværfaglig opgaveløsning, som stiller krav om effektiv koordination og samarbejde mellem faggrupperne.

1.1 Baggrund

Flere ældre borgere modtager i dag både praktisk hjælp, personlig pleje og sygepleje i hjemmet. I hjemmeplejen og hjemmesygeplejen udfører primært hjælpere, assistenter og sygeplejersker opgaver inden for praktisk bistand og personlig pleje efter servicelovens § 83 og sygepleje inden for sundhedslovens § 138. 37 pct. af arbejdsstyrken i kommunerne er social- og sundhedshjælpere, 32 pct. er social- og sundhedsassistenter, mens 14 pct. er sygeplejersker.¹

Sygeplejersker udfører primært sygeplejeopgaver, mens hjælpere og assistenter udfører både pleje- og sygeplejeopgaver efter begge lovgivninger. Hjælpere og assistenter udfører størstedelen af sygeplejeopgaverne – mellem 60-85 pct. Sygeplejerskerne leverer den resterende del af sygeplejen – altså mellem 15-40 pct. (Vinge & Topholm, 2021). Denne opgavefordeling kræver overdragelse af sygeplejeopgaver fra sygeplejersker til hjælpere og assistenter. En forudsætning for opgaveoverdragelse er, at sygeplejerskerne har kendskab til hjælpere og assistenters kompetencer, samt at der er muligheder for oplæring og opfølgning på de overdragede sygeplejeopgaver. Altså fordrer opgavefordelingen kendskab, dialog og samarbejde mellem faggrupperne i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

¹ Kilde: KRL Sirka og egne beregninger. Datatræk på antal fuldtidsbeskæftigede i september 2021. Den øvrige del af arbejdsstyrken i kommunerne består af ikke-uddannede og øvrigt uddannede (fx hjemmehjælpere og sygehjælpere).

I de fleste borgerforløb er det hjælpere og assistenter, der er de primære og gennemgående medarbejdere. Derfor er det typisk også disse faggrupper, der løbende observerer borgernes hverdagsindikatorer med henblik på tidlig opsporing af ændringer i borgerens funktionsevne og helbredstilstand. Det indebærer observationer og scoringer (i form af fx TOBS og TOKS²) af borgerne, som hjælpere og assistenter typisk skal videregive til sygeplejerskerne, der vurderer, hvilken indsats borgeren har brug for (Sundhedsstyrelsen, 2017). Formålet er at opdage faldende funktionsniveau og eventuel begyndende sygdom så tidligt, at en mulig indlæggelse kan forebygges, inden situationen udvikler sig, og indlæggelse bliver uundgåelig. Denne indsats kræver ligeledes dialog og samarbejde mellem faggrupperne i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

Det er altså hjælpere og assistenter, der i vid udstrækning udfører pleje- og sygeplejeopgaverne, og som observerer borgerne dagligt eller ugentligt. Derfor er der behov for samarbejde om både de borgere, som hjemmeplejen og hjemmesygeplejen har fælles, og om de borgere, som kun hjemmeplejen har. Det betyder, at sygeplejerskerne både er ledere af borgerforløb, hvor de vurderer og koordinerer indsatserne, men ikke nødvendigvis selv udfører opgaver, samt udførere af komplekse sygeplejeopgaver. Opgaveløsningen i borgerforløbene indebærer således en stor gensidig afhængighed mellem faggrupperne. Alle tre faggrupper er afhængige af hinandens faglige viden og viden om borgerne for at løse deres opgaver i borgerforløbene optimalt. Denne gensidige afhængighed nødvendiggør tværfagligt samarbejde, fordi det er grundlag for at levere en sammenhængende pleje og sygepleje af høj kvalitet i borgerforløbene.

1.2 Eksisterende viden

Frem til midten af 90'erne var ældreområdet typisk organiseret i integrerede ordninger, hvor indeområdet og udeområdet (plejeboligområdet, hjemmepleje og sygepleje) var samorganiseret. Det betød, at faggrupperne gik på tværs af inde- og udeområdet. Senere adskilte man indeområdet fra udeområdet, og flere kommuner adskilte i den forbindelse også sygeplejen fra hjemmeplejen. Denne udvikling mod monofaglig organisering er også drevet af udviklingen i det kommunale akutområde med akutfunktioner i sygeplejen. Ifølge KL har to tredjedele af kommunerne i dag organiseret hjemmeplejen og hjemmesygeplejen monofagligt. Det vil sige med hjemmesygeplejen og hjemmeplejen som to organisatorisk selvstændige og adskilte enheder (KL, 2013).

Imidlertid findes der begrænset viden om organiseringen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i Danmark. Den viden, der findes, er primært evalueringer af lokale tiltag med integration og tværfagligt samarbejde (Kjellberg, 2021, Kjellberg et al., 2013, Petersen, 2017), analyser af økonomisk styring i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen (Dalsgaard, Foged & Lemvig, 2021, Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvig, 2020) eller analyser af enkelte faggrupper på området, som ikke fokuserer specifikt på organisering (Vinge, 2017, Vinge & Topholm, 2021). Den eksisterende viden indikerer dog, at integreret organisering af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen har positiv indvirkning på sygefravær, kontinuitet i borgerkontakten samt rekruttering og fastholdelse af social- og sundhedsmedarbejdere (Vinge & Topholm, 2021, Kjellberg, 2021).

² Screeningsværktøjer til hhv. tidlig opsporing af kritisk sygdom og tidlig opsporing af begyndende sygdom.

Dertil har forskningen om integreret pleje hidtil haft tendens til at fokusere på integration på et strukturelt niveau frem for frontlinjeniveauet samt på integration i og imellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. Litteraturen peger dog på, at silo-organisering tager hensyn til monofaglighed og specialisering, men samtidig skaber udfordringer med fragmenterede indsatser og tværfagligt samarbejde (Gudnadottir, Bjornsdottir & Jonsdottir, 2018, Liberati, Gorli & Scaratti, 2016, Mulvale, Embrett & Razavi, 2016, Seaton et al., 2021, Rawlinson et al., 2021). Der er altså fra et policy-, praksis- og forskningsperspektiv behov for mere systematisk viden om organiseringen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

1.3 Formål

På den baggrund tager denne analyse de første skridt mod at skabe mere systematisk viden om forskellige organiseringsformer i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i Danmark. Formålet med analysen er at give kommunerne et bedre vidensgrundlag for at sikre, at deres organisering understøtter høj faglighed og tværfagligt samarbejde samt for deres beslutninger om, hvordan de fremadrettet vil organisere sig. Det gør analysen ved at belyse følgende undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilke fordele og ulemper knytter sig til monofaglig organisering, hvor hjemmesygepleje og hjemmepleje er organisatorisk adskilt?
- Hvilke fordele og ulemper knytter sig til en tværfaglig organisering, hvor hjemmesygepleje og hjemmepleje er integreret?
- Hvilke organisatoriske initiativer kan imødekomme de oplevede ulemper?

Analysen er baseret på et kvalitativt casestudie i fem kommuner, hvoraf to har tværfaglig organisering, og tre har monofaglig organisering. Analysen beskriver lederes og frontlinjemedarbejderes oplevelser og perspektiver på, hvilke muligheder og udfordringer der knytter sig til disse to (overordnede) måder at organisere hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Ligeledes peger analysen på, hvordan kommunerne kan imødekomme behovene for både høj sygeplejefaglighed og tværfagligt samarbejde, som udviklingen i ældreplejen kalder på.

1.3.1 Afgrænsning

Denne analyse har afgrænset sig til at undersøge de medvirkende kommuners erfaringer med integration/ikke-integration af hjemmesygeplejen på frontlinjeniveauet. Det vil sige, hvorvidt hjemmesygeplejen er organisatorisk integreret med hjemmeplejen, eller hvorvidt hjemmesygeplejen og hjemmeplejen er organiseret i hver sin søjle under hver sin ledelse. Der er altså heller ikke fokus på, hvordan kommunerne organiserer terapeuter, rehabiliteringsindsatser, myndighedsfunktioner mv., selvom disse og øvrige kommunale og strukturelle forhold kan have indflydelse på organiseringen af hjemmepleje og hjemmesygepleje. Formålet med analysen er heller ikke at kortlægge samtlige nuancer i organiseringsformer på området eller vurdere, hvilke organiseringsformer der leverer højest kvalitet i borgerkontakten.

1.4 Design og metode

Undersøgelsen er gennemført som et kvalitativt komparativt casestudie i fem kommuner. Casestudiet bidrager med nuancerede og praksisnære beskrivelser af fordele og ulemper ved hhv. monofaglig og tværfaglig organisering i fagchefer, ledere, sygeplejersker, assistenter og hjælperes blik. De fem kommuner og deltagerne indgår anonymt i rapporten.

1.4.1 Caseudvælgelse

De fem deltagerkommuner er hhv. monofagligt og tværfagligt organiseret på frontlinjeniveauet. To kommuner har monofaglig organisering med en samlet og selvstændig sygeplejeenhed, der er adskilt fra hjemmeplejen, og tre kommuner har tværfaglig organisering med sygeplejersker, assistenter og hjælpere organiseret sammen og under fælles leder, jf. KL's definitioner (2013):

Organiseringsformer

Kommunerne har i dag organiseret hjemmesygeplejen meget forskelligt, men organiseringsformerne bygger overordnet set på to grundmodeller:

1. Efter princippet om funktionsbærende enheder – det vil sige større eller mindre selvstændige enheder med egen ledelse. Der er altså tale om en samlet sygeplejegruppe, der er fysisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt afgrænset fra hjemmeplejen.
2. Efter princippet om den integrerede ordning – det vil sige, at sygeplejerskerne er organiseret sammen med hjemmeplejen med en fælles leder. Der er altså tale om, at sygeplejerskerne er koblet fysisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt sammen med hjemmeplejen.

Kilde: https://www.kl.dk/media/15834/organisering_af_hjemmesygeplejen_-2013.pdf

Det var intentionen at rekruttere seks kommuner i alt med henblik på balance i antallet af casekommuner inden for hver case på hhv. monofaglig og tværfaglig organisering. Det viste sig dog ikke at være muligt. For det første fordi der ikke foreligger kortlægninger af kommunernes organiseringsformer. Det betyder, at rekrutteringen af kommunerne hviler på desk research og VIVEs forhåndskendskab (og input fra eksterne eksperter og KL). For det andet fordi det på den baggrund kun lykkedes at lokalisere i alt seks kommuner med tværfaglig organisering på frontlinjeniveauet. Det var kun muligt at inkludere to af disse seks kommuner i undersøgelsen – primært som følge af de omfattende rekrutteringsudfordringer på området.

Tre casekommuner ligger i Region Syddanmark, en casekommune ligger i Region Hovedstaden og en i Region Sjælland. Casekommunerne er forholdsvis ens på kommune-størrelse, som alle er under 100.000 indbyggere.

1.4.2 Forundersøgelse

Det første skridt i dataindsamlingen var en mindre forundersøgelse i form af interview af ca. en times varighed med en ekspert på området, en repræsentant fra KL og i alt tre ledere i hjemmeplejen-/sygeplejen i to kommuner, som over for VIVE har udvist interesse for emnet (men som ikke deltager som casekommuner). Forundersøgelsen har bidraget med perspektiver på undersøgelsesspørgsmålene og derigennem til udvikling af forforståelse med henblik på at skabe et så kvalificeret afsæt for casestudierne som muligt.

1.4.3 Interviewundersøgelse i fem kommuner

Der er foretaget et casebesøg i hver af de fem casekommuner. To af casebesøgene var fysiske i kommunen, og de tre andre var virtuelle. Dette afhang af den enkelte kommunes ønske. Alle casebesøg bestod af interview med fagchef(er) og (område)ledere af hjemmehjælp og/eller hjemmesygepleje. Dernæst et interview med distriktsledere og/eller gruppeledere. Interviewene på ledelsesniveau har taget form som både individuelle og gruppeinterview, men VIVE har bestræbt sig på at interviewe ledere i hver deres søjle i de adskilte organiseringer. Samme princip gør sig gældende for de efterfølgende gruppeinterview med hhv. sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Formålet med denne opdeling er at kunne sondre mellem forskelle og ligheder i perspektiverne mellem forskellige søjler og faggrupper. Den lokale ledelse har udvalgt medarbejderne til interview ud fra VIVEs ønske om at interviewe medarbejdere med et par års anciennitet og engagement i emnet. Der er gennemført 4-6 interview i hver kommune. Samlet set indgår 54 ledere og medarbejderne i analysen. De fordeler sig på 5 fagchefer, 15 distrikts-/gruppeledere, 12 sygeplejersker, 10 assistenter og 10 hjælpere (se 0 for fordeling på de enkelte casekommuner). Interviewene med chefer og ledere varede 30-90 minutter afhængigt af antallet af deltagere, mens gruppeinterviewene med medarbejdere varede 90-120 minutter.

Interviewene er foretaget med afsæt i semistrukturerede interviewguides, der er udformet på baggrund af VIVEs viden om emnet og forundersøgelsen. Der er udarbejdet interviewguides målrettet hhv. lederniveauet, sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere (Bilag 2). Disse interviewguides fokuserer på følgende overordnede temaer:

- Beskrivelse af organiseringsform
- Hensyn i valget af organiseringsform
- Fordele og ulemper ved organiseringsform
- Roller og faglighed
- Tværfagligt samarbejde
- Opgavefordeling og -overdragelse
- Rekruttering og fastholdelse.

Inden hvert casebesøg er medarbejderne desuden blevet bedt om at tænke over et borgerforløb, hvor de oplevede et godt tværfagligt samarbejde. I første del af gruppeinterviewene med hhv. sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere har de deltagere, der har forberedt en borgercase, præsenteret den. Borgercasene anvendes i analysen som citater til at illustrere analytiske pointer.

1.4.4 Databehandling- og analyse

Alle interviewene blev optaget elektronisk. Der blev taget noter undervejs, og efterfølgende er der foretaget udførligt referat ved gennemlytning. Interviewreferaterne er kodet i databehandlingsprogrammet NVivo med afsæt i interviewguidens temaer samt en række undertemaer, der viste sig i interviewmaterialet (Bilag 3). Der er herefter foretaget yderligere tematisk analyse af materialet. I denne analyse er temaer og undertemaer kondenseret i nye centrale temaer, som går på tværs af organiseringsformer og danner

afsæt for caseanalyser med samme tematiske struktur. Endvidere er der udarbejdet korte beskrivelser af den enkelte casekommunes organiseringsform i overordnet og anonymiseret form med henblik på at danne kontekstforståelse for interviewpersonernes erfaringer og perspektiver. Analysen anvender citater og cases ekstensivt for at illustrere de analytiske pointer og bringe læseren tæt på medarbejdere og lederes oplevelser med og perspektiver på de to organiseringsformer.

1.5 Læsevejledning

Kapitel 2 og 3 præsenterer casekommunernes organiseringsformer samt de oplevede fordele og ulemper ved hhv. monofaglig organisering og tværfaglig organisering. Begge kapitler formidler erfaringerne med og hvilke muligheder og udfordringer, der knytter sig til disse inden for følgende temaer:

- Sygeplejerskernes behov for monofagligt fællesskab
- Tværfaglig sparring og vidensdeling
- Arbejdsdeling (herunder roller, faglighed og opgavefordeling)
- Arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering
- Ledelsesfokus.

Kapitel 2 om monofaglig organisering er længere end kapitel 3 om tværfaglig organisering, hvilket skyldes, at der her formidles erfaringer fra tre kommuner, mens der i kapitel 2 kun indgår to kommuner. Desuden er der i de tre kommuner med monofaglig organisering en del variation i interviewpersonernes erfaringer, som analysen har ønsket at belyse.

Kapitel 4 konkluderer på, hvilke fordele og ulemper der knytter sig til monofaglig og tværfaglig organisering. Konklusionen viser, hvordan de oplevede fordele og ulemper for de monofagligt organiserede casekommuner udmønter sig i et dilemma mellem hensynet til sygeplejerskernes monofaglighed eller hensynet til tværfagligt samarbejde. Endelig peger konklusionen på centrale elementer, som understøtter begge hensyn.

Kapitel 5 er en perspektivering, der på bagkant af analysens resultater peger på en række nye spørgsmål, der fortjener yderligere forskning og analyse.

2 Monofaglig organisering

I analysen deltager tre casekommuner med monofaglig organisering. Dette kapitel baserer sig på interview med fagchefer, ledere, hjemmesygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i disse tre kommuner. Kapitlet introducerer kort til casekommunernes organisering og beskriver derefter deltagernes perspektiver på og oplevelser af fordele og ulemper ved monofaglig organisering

2.1 Introduktion til monofaglig organisering

I casekommunerne med monofaglig organisering er hjemmesygeplejen en selvstændig og organisatorisk adskilt enhed fra hjemmeplejen. Sygeplejen har egen ledelse og egen lokation. I to af casekommunerne er hjemmesygeplejerskerne organiseret sammen med akutsygeplejersker og specialistsygeplejersker (inden for fx sår og palliation). I en casekommune er akutfunktionen placeret hos nogle af hjemmesygeplejerskerne. I nogle af casekommunerne er der integration på ledelsesniveau: casekommune 1 er som den eneste kommune adskilt på fagchefniveau, casekommune 2 er integreret på fagchefniveau, og casekommune 3 er integreret på fagchefniveau og på ledelsesniveau 2, som i dette tilfælde er med en leder for hjemme- og sygeplejen. Casekommunerne rummer også forskelle i forhold til organisatoriske initiativer, der søger at skabe mere integration, herunder distrikter, hvor sygeplejersker deler lokation med hjemmeplejen, en casekommune, hvor faggrupperne kører i samme geografiske områder, og en casekommune med koordinerende sygeplejersker i hjemmeplejegrupperne. Derfor er der også en del variation mellem casekommunerne i forhold til de oplevede udfordringer og muligheder særligt relateret til det tværfaglige samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

Herunder beskrives kort casekommunernes organisering af hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Casekommune 1: Eksempel på monofaglig organisering

Casekommune 1 er organisatorisk den mest adskilte kommune i undersøgelsen. Det skyldes, at sygepleje og hjemmepleje er adskilt både i frontlinjen og på ledelsesniveau – også på fagchefniveau (ledelsesniveau 1). Hvad angår hjemmesygeplejen, er akut- og specialistsygeplejersker integreret med hjemmesygeplejerskerne i sygeplejen.

I praksis peger interviewene i retning af, at der er samarbejde og integration på frontlinjeniveauet, fordi der er en kultur i sygeplejen om at ville det tværfaglige samarbejde. Lederen af sygeplejen har erfaring som leder af hjemmeplejen og har stort ønske om at fremme det tværfaglige samarbejde. Derfor har hun arbejdet for en kulturændring i sygeplejen, hvor sygeplejersker skal ville samarbejdet med hjemmeplejen for at være ansat i kommunen. Det skyldes strukturer for tværfaglige møder, fx triagemøder, samt planer om tilpasning af sygeplejen til hjemmeplejens teamstruktur, så de samme sygeplejersker og de samme social- og sundhedsmedarbejdere kører i samme geografiske område og dermed hos de samme borgere.

Casekommune 2: Eksempel på monofaglig organisering

Casekommune 2 har adskilt hjemmesygepleje, men er integreret på ledelsesniveau 1 med en samlet fagchef for sundheds- og ældreområdet. Fra ledelsesniveau 2 til frontlinjeniveauet er

hjemmepleje og hjemmesygepleje adskilt. I denne casekommune er der ikke særskilte akutsygeplejersker, og akutfunktionen er integreret med hjemmesygeplejerskernes arbejde.

Inden for de senere år har kommunen valgt at adskille hjemmesygeplejen, som altså tidligere var integreret, og der er sket omstruktureringer på ledelsesplan. Casekommune 2 fremstår i interviewene som den mest differentierede i praksis. Det skyldes flere årsager, som handler om konflikter på ledelsesniveau, herunder om økonomistyring og om indførslen af telefontid i sygeplejen efter adskillelsen.

Casekommune 3: Eksempel på monofaglig organisering

Casekommune 3 har adskilt hjemmesygepleje, men er integreret på ledelsesniveau 1 og 2. Specialist- og akutfunktioner er organiseret sammen med hjemmesygeplejen.

Casekommune 3 oplever udfordringer med, at tværfaglige møder mellem sygeplejersker, assistenter og hjælpere ikke gennemføres som tiltænkt, hvilket påvirker samarbejdet mellem faggrupperne. Derudover har hjælpere ikke direkte adgang til sygeplejersker med undtagelse af de områder, hvor de samme sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere har kørt i flere år. Det tværfaglige samarbejde søges understøttet ved, at sygeplejens organisering er tilpasset hjemmeplejens, så sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere kører i samme geografiske område samt via ansættelse af koordinerende sygeplejerske i hver hjemmeplejegruppe.

2.1.1 Argumenter for monofaglig organisering

Interviewpersonerne i alle tre casekommuner er spurgt til oplevede fordele og ulemper ved organiseringsformen, samt hvilke hensyn valget af organiseringsform bundner i (fx geografi og kommunestørrelse). For ledere og sygeplejersker er hovedargumentet for at vælge en monofaglig organisering oplevelsen af, at denne giver de bedste arbejdsbetinger for sygeplejerskerne i forhold til at skabe et stærkt monofagligt miljø, som citatet viser:

Det handler nok mest om sygeplejens faglighed. Sygeplejersker er meget optagede af, at de har nogle at sparre med, og det skal være nogen med samme uddannelsesmæssige baggrund som dem selv. Den måde, hvorpå vi har tilrettelagt det, så har sygeplejerskerne mere selvbestemmelse og selvtilrettelæggelse end hjemmeplejen. Det handler om det monofaglige fællesskab. (Fagchef)

Som fagchefen forklarer herover, handler behovet for monofaglig organisering om faglig sparring og fællesskab med det, sygeplejersker betragter som deres 'fagfæller'. I en af casekommunerne valgte de i tråd hermed ikke at gå videre med et forslag om tværfaglig organisering, fordi sygeplejerskerne i kommunen ville være en selvstændig sygeplejeenhed:

Man har tidligere forsøgt at varsle den her tværgående organisering, men der blev så meget larm blandt sygeplejerskerne, at man trak forslaget tilbage. De er en enorm stærk faggruppe og fagidentitet i kommunen. Der er et eller andet behov for at stå som en sygeplejefaglig enhed. (Fagchef)

En sygeplejeleder fra samme kommune fortæller, at kommunen inden for de senere år har adskilt sygeplejen, fordi sygeplejerskerne ”*flygtede fra kommunen*”. Der var stor mistro blandt sygeplejerskerne, og sygeplejerskerne oplevede at skulle agere ledere for hjælpere og assistenter, hvilket de ikke ønskede.

Som citatet herover også illustrerer, handler hensynet til sygeplejerskerne primært om at sikre udviklingen i deres faglige niveau og understøtte et behov for monofagligt fællesskab for sygeplejerskerne. Andre hensyn i valget om at organisere sygeplejen i en adskilt enhed (med integration af specialist- og akutsygeplejersker) handler om mulighederne for rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker og mulighederne for at fokusere sygeplejerskernes tid på det, de betragter som deres kerneopgaver.

2.1.2 Bekymringer for tværfaglig organisering

Ledere i sygeplejen og sygeplejersker vurderer på baggrund af organiseringsformens fordele, at integration med hjemmeplejen vil være vanskeligt. Fagcheferne og lederne i hjemmeplejen i de tre casekommuner udtrykker imidlertid et gennemgående ønske om at integrere sygeplejen med hjemmeplejen og dermed få en tværfaglig organisering af medarbejderne på frontlinjeniveauet. Det skyldes en vurdering af, at integreret organisering understøtter samarbejdet mellem sygeplejersker, assistenter og hjælpere. Det kommer til udtryk i de følgende citater:

De [faggrupperne] opnår ikke et styrket samarbejde med borgeren i centrum, hvor sygeplejersker ser og snakker med hjælpere og assistenter for at få kendskab til hinanden og styrket faglighed med borgeren i centrum. (Leder)

Borgerne vil få mere ud af, hvis vi [hjemmepleje og sygepleje] var i samme butik. (Leder i hjemmeplejen)

Som citaterne viser er det altså en betragtning blandt de interviewede ledere, at tværfaglig organisering tager hensyn til borgerne. Det er omvendt også en betragtning, at tværfaglig organisering hæmmer sygeplejerskernes faglighed. Det udgør en afvejning, som lederne står med, hvilket citatet illustrerer:

Det er klart, at hvis vi skulle arbejde tværfagligt, så ville vi kunne højne det ved at sætte dem [sygeplejen og hjemmeplejen] sammen. De vil møde hinanden mere. Det handler for mig ikke om at sætte dem under samme ledelse, men det handler om at sætte dem i samme rum. Men vi er rigtig sårbare, fordi vi er så små. Grupperne vil blive dannet af få sygeplejersker, så det bliver sværere at holde den faglige standard [for sygeplejerskerne], som jeg tror vi i fremtiden kommer til at se ind i, herunder kompleksiteten af opgaverne og holde den sygeplejefaglig specialviden. Det er det, der gør, at jeg tror mere på den model, som vi har her [monofaglig organisering] end på den sammenlægning [af hjemmepleje og sygepleje], fordi vi kommer til at ligge under den laveste fællesnævner. [...] Dagsordnerne er så vidt forskellige i hjemmeplejen og i sygeplejen. Dagsordenen i hjemmeplejen går meget på fastholdelse og rekruttering. Vi kan ikke rekruttere, så vi er ude at finde ufaglærte til at passe vores ældre. Dagsordenen [i sygeplejen] er at højne kompetencerne, så vi bliver

endnu bedre til at passe de komplekse borgere. Det nære sammenhængende sundhedsvæsen skriger på, at vi kigger meget ind i de komplekse borgere.
(Fagchef)

Fagchefen herover mener, at integration af hjemmepleje og hjemmesygepleje skaber bedre rammer for tværfagligt samarbejde, fordi faggrupperne vil arbejde under samme tag, men peger samtidig på, at der er et bredt spænd i de områder, både hjemmesygeplejen og hjemmeplejen dækker. Citatet herover udtrykker endvidere en generel bekymring i interviewene for, at tværfaglig organisering er "for sårbart" for sygeplejerskerne. Interviewpersonerne kæder antallet af sygeplejersker i en gruppe sammen med det faglige niveau blandt sygeplejerskerne og dermed den faglige kvalitet i sygeplejen. Der er altså en antagelse om, at tværfaglig organisering med grupper med færre sygeplejersker end assistenter og hjælpere, forringer kvaliteten af den sygepleje, sygeplejerskerne leverer. Bekymringen om sårbarhed handler også om mulighederne for at bevare en fleksibel vagtplanlægning med færre sygeplejersker i en gruppe.

For lederen i ovenstående citat er bekymringen også, at udfordringerne med rekruttering i hjemmeplejen kommer til at skygge for dagsordenerne i sygeplejen, som handler om at udvikle sygeplejefagligheden til at håndtere komplekse opgaver og komplekse borgere. Altså, at de to dagsordener ikke kan håndteres på samme tid i en integreret hjemme- og sygepleje. Citatet viser dermed også, at der er et stort spænd i denne kommune fra på den ene side et voksende antal vikarer og ufaglærte i en presset hjemmepleje til komplekse opgaver udført af sygeplejersker med akut- og specialistkompetencer i sygeplejen.

I de tre casekommuner er der aktuelt ikke rekrutteringsudfordringer i sygeplejen. Denne forskel i rekrutteringssituationen bliver derfor et væsentligt argument for at bevare monofaglig organisering, fordi den opleves at være mere attraktiv og dermed understøtte fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker.

2.2 Sygeplejerskernes monofaglige fællesskab i centrum

Interviewene peger på, at den primære fordel ved monofaglig organisering er, at den tilgodeser sygeplejerskernes oplevede behov for monofagligt fællesskab. Dette behov for fællesskab for sygeplejerskerne forbinder interviewpersonerne med mulighederne for et højt fagligt niveau samt rekruttering og fastholdelse i sygeplejen. Argumenterne for behovet for monofagligt fællesskab – og deraf monofaglig organisering af sygeplejen – handler om flere ting, som beskrives i de følgende afsnit:

- Sparring med andre sygeplejersker om komplekse borgere
- Faglig udvikling af sygeplejen såvel kollektivt som individuelt
- Fagfællesskab og tryghed med andre sygeplejersker
- Faglig sparring med specialist- og akutfunktionerne i sygeplejen
- Effektiv og fleksibel udnyttelse af sygeplejerske-ressourcerne.

2.2.1 Sparring med andre sygeplejersker om komplekse borgere

Oplevelsen blandt de interviewede ledere og sygeplejersker i de tre casekommuner med monofaglig organisering er, at sygeplejerskerne har behov for monofaglig sparring om komplekse borgere med andre hjemmesygeplejersker eller med sygeplejersker med akut- eller specialistfunktioner. Ifølge dem er monofaglig sparring forudsætning for, at sygeplejerskerne kan påtage sig instrumentelt komplekse opgaver og kan håndtere komplekse borgerforløb, som kan rumme forskellige former for kompleksitet. Det er især medicinsk kompleksitet (fx multisygdom) og social kompleksitet (i borgerens livssituation), som udfordrer de interviewede sygeplejersker. Det viser eksempelvis dette citat:

Den monofaglige sparring er ved komplekse borgere. Den sparring kan jeg ikke have med assistenter og hjælpere, for det er ikke dem, der skal tage sig af det. [...] Det tekniske [instrumentelt komplekse] vi står i – det skal vi lige have fri-sket op, og det kan vi lære. Det er mere dem, der falder mellem to stole, hvor det kan være svært. Vi har flere, der er socialt eller medicinsk udfordret, som gør, at det er der, det monofaglige er vigtigt. (Sygeplejerske)

Interviewpersonerne peger på, at dette behov for monofaglig sparring bedst understøttes af en monofaglig organisering. Det skyldes en oplevelse af, at sygeplejerskerne derved har lettere adgang til hinanden, bl.a. fordi de deler kontorfaciliteter. En monofaglig organisering anses dermed som mere attraktiv for sygeplejerskerne, som illustreret i citatet nedenfor:

Jeg kan godt opleve, at hjemmeplejen er lidt langt væk. Omvendt vil jeg aldrig skilles fra mine sygeplejekolleger, fordi jeg synes, sparringen er fantastisk, så jeg ønsker ikke at sidde i hjemmeplejen. (Sygeplejerske)

Som det fremgår af citatet, vægter sygeplejerskerne den monofaglige sparring med deres sygeplejerskekolleger højere end nærheden med medarbejderne i hjemmeplejen, hvorfor de ikke finder den tværfaglige organisering attraktiv.

2.2.2 Faglig udvikling af sygeplejen: kollektivt og individuelt

Interviewpersonerne i analysen oplever et øget pres på den kommunale sygepleje. I lederens overvejelser om, hvordan de er bedst rustet til at håndtere dette, foretrækker de en monofaglig organisering af sygeplejen, fordi de vurderer, at denne bedst understøtter faglig udvikling af sygeplejen og dermed høj kvalitet i den del af sygeplejen, sygeplejerskerne leverer. Det fremgår af disse eksempler:

Hjemmesygeplejen er ikke, hvad det var for år tilbage, hvilket betyder, at borgerne har flere diagnoser og konkurrerende sygdomme. Sygeplejerskerne kan ikke vide det hele, så når de kommer ud til komplekse borgere, så kan de tage tilbage til resten af teamet og spørge kollegaer til råds. (Leder i sygeplejen)

Når man skal udvikle sygeplejen, de sygeplejefaglige kompetencer og kvaliteten, som vi leverer, så er det stærkere forankret i en søjle med en sygeplejefaglig leder som ansvarlig for området. (Fagchef)

Denne vurdering går igen blandt de interviewede sygeplejersker. De fortæller, at sparring med hinanden er med til at holde deres faglighed opdateret. Sygeplejen i de tre casekommuner består af forskellige kompetencer og funktioner inden for sygepleje, hvilket medvirker til, at sygeplejerskerne kan udvikle og støtte hinanden i det daglige. Sygeplejerskerne og lederne oplever, at rammerne for deres monofaglige sparring er bedre i de monofaglige organiseringer, hvor det er kombineret med, at sygeplejerskerne møder ind på samme matrikel, spiser frokost sammen og sidder sammen om eftermiddagen – altså at der er nem adgang til hinanden. Fra et ledelsesperspektiv er den kollektive faglige udvikling endvidere nemmere at håndtere, når sygeplejerskerne er samlet. De muligheder for faglig udvikling, som organiseringsformen opleves at skabe, betragter sygeplejerskerne som *"mere værd"* end at møde ind med hjemmeplejen og således noget, de ikke vil *"undvære"* (sygeplejersker).

Når sygeplejerskerne fortæller om deres behov for faglig udvikling, fortæller de, at det er nødvendigt at *"holde fast i monofagligheden"*, så de kan arbejde med det, *"de er sat i verden for"*, som en leder i sygeplejen udtrykker det. Det knytter an til en oplevelse af, at en stor del af arbejdet kan gå med at yde sparring og rådgivning til hjemmeplejen. Det udtrykkes gennemgående i interviewene som *"servicering"* af faggrupperne i hjemmeplejen. Sygeplejerskerne oplever at bidrage med meget viden til social- og sundhedsmedarbejderne, mens de ikke oplever, at dette bidrager til deres egen faglige udvikling.

Forventningen er også, at disse muligheder for faglig sparring og dermed faglig udvikling risikerer at gå tabt i en tværfaglig organisering. Nogle af sygeplejerskerne trækker på egne erfaringer fra tidligere organiseringsformer som sygeplejerske på plejehjem eller på kollegers erfaringer. Sygeplejerskerne og deres ledere udtrykker en forventning om, at tværfaglig organisering fører til større afstand mellem og mindre adgang til andre sygeplejersker og dermed dårligere muligheder for faglig sparring. Derfor foretrækker de at bevare en monofaglig organisering, men med bedre samarbejde med hjemmeplejen:

Vi ønsker ikke en omorganisering, hvor vi skal være mere aktivt til stede i hjemmeplejen. Vi vil hellere bygge broer mellem hjemmepleje og sygepleje frem for at lægge os organisatorisk sammen. Jeg har kollegaer, der har prøvet en integreret organisering, og de gav udtryk for, at de manglende faglig sparring, og at man ikke kendte sygeplejerskerne så godt, fordi man sad langt væk fra hinanden. (Sygeplejerske)

Sygeplejersken i citatet herover erfarer, at integreret organisering medførte, at *"viden var låst fast"* på den måde, at sygeplejerskerne kun havde kendskab og løste opgaver ved deres egne borgere og havde færre komplekse opgaver, hvilket også var forbundet med en oplevelse af at mangle individuel faglig udvikling.

Ledere og sygeplejerskers erfaringer er altså, at en monofaglig organisering understøtter, at sygeplejen er en *"fagligt stærk enhed"* (sygeplejeleder) med et såvel kollektivt som individuelt højt fagligt niveau.

2.2.3 Fagfællesskab og tryghed med andre sygeplejersker

De interviewede ledere og sygeplejersker forbinder også monofaglig organisering med mulighederne for at skabe et trygt fagfællesskab blandt sygeplejerskerne. Det sker igennem monofaglig sparring og ved, at de kolleger, man er omkring i det daglige er *"ens fagfæller"*, som flere udtrykker det. Det bidrager ifølge interviewene til at understøtte sygeplejerskernes faglige identitet samt imødekomme et behov for tryghed i arbejds-hverdagen, som eksemplet viser:

Sygeplejerskerne har brug for deres faglige sparring med de andre sygeplejersker for at fastholde deres identitet. (Sygeplejerske)

Ifølge interviewene modvirker et sådan fællesskab sygeplejerskernes følelse af at være fagligt alene. Oplevelsen af faglig ensomhed kommer dels af, at arbejdet som hjemmesygeplejerske i høj grad foregår alene samt kræver hurtige og selvstændige beslutninger. Dels følger det af en oplevelse af at være alene som fagprofessionel, hvis dem, man er omkring i det daglige, ikke er "som en selv" – med samme uddannelse og faglighed.

Arbejdsformen i hjemmesygeplejen skaber et behov for at følge sig tryk i sin arbejds-hverdag ved at være omgivet af en kendt gruppe af samme faglighed karakteriseret ved gode relationer og samarbejde. Flere erfarne sygeplejersker udtrykker, at arbejdet i hjemmesygeplejen kræver *"hår på brystet"*, fordi man ofte vil stå i nye situationer, hvor der skal træffes hurtige beslutninger. Sygeplejerskerne i de monofaglige organiseringer oplever, at de bedre kan slappe af i trygge rammer i arbejdsfællesskabet i sygeplejen, når de har kørt dagens plan, og at det skaber rammerne for en tryggere og mindre kompleks måde at dyrke sygeplejefagligheden. Det gælder ikke mindst for sygeplejerskerne med mindre anciennitet i jobbet.

Omvendt forbinder de interviewede sygeplejersker tværfaglig organisering med faglig ensomhed i hverdagen, fordi de her forventer at blive "spredt ud" i hjemmeplejegrupperne og derfor ikke at have samme muligheder for fagfællesskab med sygeplejerskekolleger.

2.2.4 Faglig sparring med specialist- og akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Fordelen ved monofaglig organisering i forhold til at understøtte monofaglig udvikling og fællesskab for sygeplejerskerne følger ifølge interviewene også af, at sygeplejersker med specialistfunktioner (inden for fx sår eller palliation) og akutfunktioner er organiseret sammen med hjemmesygeplejerskerne. Erfaringerne er, at hjemmesygeplejerskernes adgang til og nærhed med sygeplejersker bidrager til faglig udvikling og et fagfællesskab med fleksibilitet og samarbejde sygeplejersker imellem. Det peger denne sygeplejerske på:

Sådan som vores sygeplejerske-organisation er bygget op, så har vi nogle, som er specialister, som har mere viden, som vi kan trække på. Der er det klart en fordel, at vi er monofaglige, fordi vi kan hive fat i hinanden. Vores relationer er gode, det skaber noget godt, også i forhold til at samarbejde og hjælpe hinanden på tværs. (Sygeplejerske)

Sygeplejersker og ledere oplever, at adgangen til sparring med sygeplejersker med andre kompetencer end en selv bidrager til at bevare et højt fagligt niveau blandt hjemme-sygeplejerskerne, der har en generalistrolle. De mener, at denne adgang til specialist- og akutfunktioner alene kan sikres, ved at sygeplejerskerne er monofagligt organiseret. Ifølge lederen herunder kan en tværfaglig organisering derfor medføre udfordringer med sygeplejerskernes faglige niveau og med rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker:

Vi har et højt fagligt niveau ved, at alle sygeplejerskerne er samlet under samme tag. Hvis sygeplejerskerne kommer ud til hjemmeplejegrupperne, så kan jeg være i tvivl om, om man kan holde det høje faglige niveau, og jeg er bekymret for, om vi fortsat ikke vil opleve problemer med rekruttering. Det faglige niveau kan falde, hvis specialesygeplejerskerne og akutsygeplejerskerne ikke er der til at sparre med. Det er specialesygeplejerskerne, der kvalificerer kollegerne. (Leder af sygeplejen)

Erfaringerne er også, at organisering sammen med specialist- og akutfunktioner bidrager til oplevelsen af at være en del af et fagfællesskab, hvor sygeplejerskerne oplever at være lige meget værd, og der ikke er "nogen, der er bedre end andre", som en leder udtrykker det. Det fortæller denne sygeplejerske:

Hvis akutsygeplejerskerne sidder for sig selv, så bliver det "dem og os". Vi er alle sammen lige som sygeplejersker. Som akutsygeplejerske er man ikke bedre end en basissygeplejerske. (Sygeplejerske)

På den måde har en monofaglig organisering af de forskellige sygeplejerskefunktioner ifølge interviewene betydning for, at der ikke opleves at være et hierarki i sygeplejen.

2.2.5 Effektiv og fleksibel udnyttelse af sygeplejerske-ressourcerne

En anden fordel ved at organisere sygeplejerskerne monofagligt handler om mulighederne for at udnytte ressourcerne i sygeplejen effektivt og fleksibelt, hvilket interviewpersonerne betragter som vigtigt med det opgave- og ressourcenes, hjemmesygeplejen oplever.

Oplevelsen er, at en samlet sygeplejegruppe skaber bedre fleksibilitet i vagtplanlægningen fx ved sygdom eller vakante stillinger. I interviewene bliver denne fordel italesat som en bekymring ved en tværfaglig organisering, hvor forventningen er, at sygeplejerskerne vil have udfordringer med at dække ind på tværs af teams, og dermed vil sygeplejen blive "for sårbar", som det udtrykkes. Decentrale placeringer af sygeplejerskerne er også forbundet med mere køretid, som giver mindre tid til borgerne, forklarer en interviewperson. En monofaglig organisering forbinder de interviewede altså med bedre tilpasningsevner og effektiv ressourceudnyttelse i sygeplejen.

Fleksibilitet kommer ifølge sygeplejerskerne også af, at de er mere tilbøjelige til at hjælpe hinanden, når de ser hinanden i det daglige. En sygeplejerske fortæller eksempelvis, at fleksibilitet bidrager til bedre arbejdsdeling, fordi det er nemmere at planlægge ruter og fordele opgaver, når man er fysisk samlet. Oplevelsen er altså, at kendskab og nærhed og det daglige arbejdsfællesskab fremmer et fleksibelt samarbejde sygeplejerskerne imellem.

Mulighederne for at anvende sygeplejerskernes ressourcer effektivt opstår også som følge af, at de igennem organisering i en adskilt, selvstændig enhed bedre kan sikre, at sygeplejerskerne bruger deres tid på det, sygeplejerskerne selv oplever som kerneopgaver. Det handler om at sikre, at sygeplejerskerne *"ikke bruger tid på noget, der ikke kalder på sygeplejekompetencer"*, formulerer en sygeplejeleder sig. Interviewene giver ikke nærmere indblik i deres definition af kerneopgaverne i sygeplejen. Men sygeplejerskerne fortæller, at det, de gerne vil undgå at bruge deres tid på, er *"servicering"* af hjemmeplejen – altså spørgsmål til opgaver, borgere eller arbejdsgange, som sygeplejerskerne ikke mener, de skal bruge deres tid på.

2.3 Tværfaglig sparring og vidensdeling

Interviewene viser, at den primære ulempe ved monofaglig organisering er udfordringer med det tværfaglige samarbejde mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje. Interviewpersonerne i de tre casekommuner tegner et billede af væsentlige udfordringer med at sikre samarbejdet i praksis på tværs af de adskilte organiseringer. Sparring og vidensdeling mellem sygeplejersker, assistenter og hjælpere fremstår centralt for opgaveløsningen, men udfordres af følgende:

- Manglende afholdelse af tværfaglige møder
- Adgang til sygeplejen via dokumentationssystemer og scoringer
- Begrænset tilgængelighed og telefontid i sygeplejen
- Mangel på uformel sparring ansigt til ansigt
- Sygeplejens behov for at beskytte sig mod *"servicering"*.

2.3.1 Manglende afholdelse af tværfaglige møder

Interviewene i de tre casekommuner med adskilt sygepleje rummer flere eksempler på borgerforløb, hvor vidensdeling om borgerne på tværfaglige møder mellem sygeplejersker, hjælpere og assistenter er afsæt for et godt tværfagligt samarbejde om fælles borgere. Ifølge interviewene er tværfaglige møder også centralt for tværfaglig sparring og vidensdeling om borgere i hjemmeplejen, som sygeplejerskerne ikke direkte udfører opgaver hos. De tre casekommuner beretter om flere former for planlagte og formelle tværfaglige møder, fx borgerkonferencer og triagemøder. Mødetyper og hyppigheden varierer mellem kommunerne.

Fælles er en oplevelse blandt hjælpere og assistenter, at de planlagte tværfaglige møder ofte er de eneste anledninger, hvor de ser sygeplejerskerne. Det frustrerer, fordi hjælpere og assistenter oplever et stort behov for at sparre med sygeplejerskerne om fx opfølgning på overdragede sygeplejeopgaver eller observationer af borgerne. Samtidig er det en fælles oplevelse blandt de interviewede medarbejdere og ledere i hjemmeplejen, at store dele af den tværfaglige mødeaktivitet bliver aflyst med begrundelsen ressourcemangel og tidspres i sygeplejen. Sygeplejerskerne fortæller, at barrierer for deres deltagelse på møderne også er geografiske afstande og tid brugt på at køre fra en borger eller fra sygeplejen og hen til hjemmeplejen, samt at mødetidspunkterne ikke altid passer med sygeplejens ruteplanlægning.

Aflysninger af tværfaglige møder medfører frustration blandt såvel ledere som medarbejdere i hjemmeplejen, der udtrykker et gennemgående ønske om flere tværfaglige møder. Det skyldes dels en oplevelse af, at manglende afholdelse af tværfaglige møder har konsekvenser for borgerforløbene, fordi der ikke sker den nødvendige sparring og vidensdeling om borgerne og koordination i komplekse borgerforløb. Dels skyldes det en oplevelse af, at sygeplejen ikke prioriterer det tværfaglige samarbejde, hvilket smitter af på relationerne til sygeplejerskerne. Hjælpere og assistenter får en oplevelse af, at sygeplejerskerne ikke interesserer sig for dem, deres arbejde og de borgere, de leverer pleje og sygepleje til. Det bidrager til en følelse af, at sygeplejerskerne ikke værdsætter deres indsats, hvilket prikker til følelser af mindreværd i forholdet til sygeplejerskerne. Også selvom hjælpere og assistenter forstår, at sygeplejerskerne har travlt, som citatet viser:

Nogle gange kommer der ikke nogen [sygeplejersker til de tværfaglige møder], og de er ikke forberedt. Det er tydeligt, de ikke er interesserede. De er max presset, mere end os andre, og det er det, man skal huske. (Social- og sundhedshjælper)

Som hjælperen er inde på i citatet, så afhænger udbyttet af mødet ikke kun af, hvorvidt sygeplejerskerne møder op, men også, hvilken sygeplejerske der deltager på mødet. Interviewpersonerne fortæller, at det er vigtigt for den sparring og vidensdeling, der foregår, at der er gensidig kendskab og tryghed mellem sygeplejersker og assistenter og hjælpere, samt at sygeplejersken kender de borgere, mødet omhandler. Derfor er det ikke uvæsentligt, hvilken sygeplejerske der har tid til at dukke op:

Det er den sygeplejerske, der har tid, som kommer ind. Det er ikke nødvendigvis en sygeplejerske, der kender borgeren. Det menneskelige betyder nogle gange mere end det medicinske. Hvis sygeplejerskerne har større kendskab til borgeren, så kan de i højere grad vurdere hele borgersituationen og ikke kun sygdommen. (Social- og sundhedsassistent)

Også sygeplejerskerne oplever, at det er svært at træde til med vurderinger og beslutninger i borgerforløb, de har begrænset, hvis noget kendskab til.

Det er en gennemgående pointe i interviewene, at tværfaglige møder ikke i sig selv er tilstrækkelige til at sikre samarbejdet, hvis der ikke er kendskab mellem faggrupperne. Hjælpere og assistenter kan være nervøse og usikre over for sygeplejersker, de ikke kender, hvilken kan medføre, at de ikke tør sige noget på møderne. Omvendt kan sygeplejerskerne bedre give sparring på deres observationer, når de kender hjælperne og assistenterne.

2.3.2 Adgang til sygeplejen via dokumentationssystemer og scoringsredskaber

En stor del af samarbejdet mellem de forskellige funktioner i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, herunder mellem sygeplejersker, assistenter og hjælpere, foregår via kommunernes omsorgssystemer og altså som dokumentation. Her dokumenterer faggrupperne observationer af borgerne, fordeler opgaver og skriver handlingsanvisninger, fx omkring udførelsen af en overdraget sygeplejeopgave. Det forhold, at dokumentationssystemer er det primære redskab til samarbejde mellem medarbejderne i hjemmepleje

og hjemmesygepleje, udgør en udfordring for tværfaglig sparring og vidensdeling. Oplevelsen er, at denne form for sparring og vidensdeling ikke er tilstrækkelig. Den skriftlige kommunikationsform skaber misforståelser mellem faggrupperne, det opleves tungt og tidskrævende, og nogle observationer af fx borgerens humør kan være svære at kommunikere skriftligt. De udfordringer forstærkes, når der ikke er kendskab og relationer mellem de medarbejdere, der skriver, og hvis der samtidig ikke er anledninger til at følge op eller stille spørgsmål til hinanden mundtligt. Disse erfaringer illustrerer dette citat:

Vi har ingen sygeplejersker i gruppen. Det havde vi engang, så vi ved godt, hvad vi går glip af. Vi mangler samarbejde – Nexus [omsorgssystem] er fantastisk til at bruge en masse tid på, men ikke effektivt i forhold til at støtte samarbejdet mellem faggrupper. Man skriver noget og forstår det forskelligt, der skal bruges tid på at skrive og læse, men tiden er ikke planlagt. Det er svært at have et godt samarbejde, når det skal foregå ind over [systemet]. Det tager en masse tid, så den tid, man skulle have brugt på at interagere med hinanden, den bruger man inde i systemet. (...) det skal være meget præcist. Hvis man fx skriver til sygeplejersken, og det ikke er meget præcist, så kan der godt gå et par dage, inden de reagerer. Så skal de skrive tilbage, at det skal være mere konkret. Mange af sygeplejerskerne har ikke et ansigt, der går lang tid, mellem vi ses. Jeg ved, alt skal dokumenteres, men det kan hjælpe, man lige udveksler ord på gangen. Det er et kæmpe savn. [...] Der er vidensdeling, der går tabt. [...] Det bliver hele tiden det latterlige system, der er i centrum i stedet for vores borgere. (Social- og sundhedshjælper)

Interviewpersonerne peger derfor på, at adgangen til hinanden via omsorgssystemer ikke understøtter tværfagligt samarbejde og gode borgerforløb, hvor der træffes hurtige beslutninger ud fra observationer af borgerne. Misforståelser i kommunikationen skaber utryghed i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, og det bidrager til at øge afstanden mellem faggrupperne.

Et andet forhold, som hjemmeplejen oplever ikke understøtter tværfaglig sparring og vidensdeling, er anvendelsen af TOBS/TOKS³, som er scoringsredskaber, der anvendes med henblik på tidlig opsporing af begyndende sygdom eller forværring i funktionssevne. Hjemmeplejens adgang til sygeplejen er i en vis grad afhængig af, om borgerne er TOBS'et eller TOKS'et, inden hjælperen eller assistenten ringer til sygeplejersken. Og i mange kommuner er det kun assistenter, der har kompetence til at udføre disse målinger, selvom det ofte også vil være hjælpere, som observerer ændringer hos borgerne. Det bevirker, at for at hjælpere kan få sparring på deres observationer af en sygeplejerske, skal de først kontakte en assistent, der skal køre ud til borgeren og foretage målingen, og derefter kontakte en sygeplejerske. Ifølge interviewpersonerne er det en tung arbejdsgang, som modvirker tidlig opsporing af begyndende sygdom eller forværring i funktionsevne. Dels fordi assistenten bliver et forsinkende mellemlid i de tilfælde, hvor der er behov for en sygeplejerskes vurdering eller besøg hos borgeren, dels fordi assistenten ikke nødvendigvis kender borgeren lige så godt som hjælperen, der kommer hyppigere i hjemmet.

³ Screeningsværktøjer til hhv. tidlig opsporing af kritisk sygdom og tidlig opsporing af begyndende sygdom.

Det samme gælder for anvendelsen af ISBAR⁴, som har til formål at understøtte sygeplejerskernes vurderinger og beslutninger. Men nogle af interviewpersonerne italesætter det som barrierer for samarbejdet, som begrænser hjemmeplejens adgang til hjemmesygeplejen:

Når man ringer til sygeplejen, så skal man ringe til dem efter ISBAR. Allerede der er halvdelen af hjælpergruppen stået af, fordi de ikke ved, hvad det er. Jeg kan godt forstå, at sygeplejerskerne har brug for en baggrund på, hvad man skal handle på, men sygeplejersker er også de bedst uddannede, så det må være dem, der har ansvaret for at spørge ind [til observationerne]. Vi skal passe på med ikke at gøre [samarbejdet] for besværligt. En hjælper kan ofte få at vide, at hun først skal kontakte en assistent, selvom det er en kompleks situation, så sygeplejersken kan lige så godt komme med ud med det samme. (Leder i hjemmeplejen)

Lederen herover oplever, at strukturerne omkring kontakten besværliggør det tværfaglige samarbejde og modvirker en tidlig indsats.

2.3.3 Begrænset tilgængelighed og telefontid i sygeplejen

I kommunerne med monofaglig organisering fremstår telefonkontakt som central for den tværfaglige sparring og vidensdeling. Det skyldes, at der er få anledninger til at mødes ansigt til ansigt, og at der opleves flere begrænsninger ved kontakten via omsorgssystemerne. Hjælperne og assistenterne i analysen oplever det generelt som besværligt og tidskrævende at få kontakt til hjemmesygeplejen og ikke mindst til den rigtige sygeplejerske. Ofte går hjemmeplejen adgang gennem hjemmesygeplejens centrale telefonnummer, fordi de ikke har direkte telefonnumre til de enkelte sygeplejersker.

Oplevelserne blandt hjælperne i en af de tre casekommuner eksemplificerer udfordringen med telefonisk adgang. I denne casekommune må hjælperne godt kontakte sygeplejen direkte. De interviewede hjælpere oplever imidlertid udfordringer med den telefoniske kontakt. Disse udfordringer fylder meget i interviewet og dermed også i deres dagligdag. Her går udfordringen på, at de ikke har adgang til oplysninger om, hvilke sygeplejersker der kender den borger, de står hos og dermed, hvem de skal ringe til. De telefonnumre, de kan finde frem til i systemet, matcher ikke de pågældende medarbejdere. Det medfører, at hjælperne ofte må ringe til flere sygeplejersker, inden de får fat i den rette, og at de også i det tilfælde kan risikere at blive sendt videre til en anden sygeplejerske, fordi vedkommende har travlt eller af andre årsager ikke kan komme ud til borgeren her og nu. Også dette udfordrer den tværfaglige sparring og vidensdeling og modvirker dermed mulighederne for tidlig opsporing.

I en anden af casekommunerne er hjemmeplejens adgang til sygeplejen begrænset af indførelsen af telefontid. Telefontid betyder, at hjemmeplejen i et afgrænset tidsrum kan kontakte sygeplejens vagttelefon (som er det nummer, fx praktiserende læger, borgere og pårørende også bruger). Den sygeplejerske, der har vagttelefonen, kan lægge en be-

⁴ ISBAR er en tjekliste til sikker mundtlig kommunikation om borgerens helbredstilstand og patientbehandling og står for: I: Identificer dig selv og patienten, S: Beskriv situationen, B: Beskriv baggrunden kort, A: Giv din analyse af situationen, R: Giv eller få et råd om den videre behandling.

sked til den relevante sygeplejerske. De interviewede fra kommunens hjemmepleje oplever, at telefontiden medfører unødigt lang tid for at komme i kontakt med en sygeplejerske, fordi der ofte er kø på vagttelefonerne. Det presser i en i forvejen travl hverdag, når der ikke er lagt tid ind til dette på kørelisterne, og fra ledernes perspektiv presser det også økonomien, fordi de ikke får finansieret det overarbejde, medarbejderne får af at sidde i telefonkø. En leder påpeger, at ventetiden ikke er rimelig over for hverken medarbejderne eller borgerne, fordi det også tager tid fra plejen. Også medarbejderne oplever, at telefontiden har konsekvenser i borgerforløbene, hvor sygeplejerskerne inddrages for sent. Det viser eksemplerne her:

Vores assistenter har stået i situationer, hvor de får at vide, at de [sygeplejen] ikke kan køre ud nu. Det er ubehagelige situationer for både borger og assistent, hvor man ikke føler, man får opbakning. Det hører ingen steder hjemme, og de bliver utrygge, fordi de har reelt ikke nogen at ringe til. (Social- og sundhedshjælper)

[Telefonkontakt] tager lang tid, når man ikke har tiden til det. Man bliver hele tiden skubbet videre, indtil man på et tidspunkt får fat i den [sygeplejerske], der vil tage sig af det. [...] Den kører lidt sådan, "jeg er presset, ring til hende", eller "det er ikke mit område". Jeg synes, det er op og ned, om samarbejdet er godt. (Social- og sundhedshjælper)

De interviewede hjælpere og assistenter forbinder den begrænsede tilgængelighed i hjemmesygeplejen med en følelse af at være ladet alene ude ved borgerne, og det skaber utryghed for medarbejdere og borgere i hjemmeplejen. Social- og sundhedsmedarbejderne oplever, at det belaster dem i en travl hverdag og modvirker et effektivt tværfagligt samarbejde i borgerforløbene. Nogle af interviewpersonerne kæder disse udfordringer sammen med den monofaglige organiseringsform, hvor der er stor afstand (fysisk og mentalt) mellem faggrupperne, som ofte ikke kender hinanden eller til hinandens arbejdsdag. Citatet her illustrerer, at afstanden opleves som en barriere for samarbejdet og forbindes med den monofaglige organiseringsform:

Vi er udfordret på, at vi ikke har nogen [sygeplejersker] i gruppen. Vi skal ringe. Det er ikke altid, vi kan komme igennem til dem, og det er heller ikke altid, de har tid til at komme ud til os og borgeren, når der er et problem. De siger, "vi kommer senere", og det kan vi sige til vores borger, og så må de vente. Jeg er godt klar over, at de ikke kan komme på 5 minutter, for de dækker store områder. Det kan jeg godt synes er et problem, at vi ikke har dem tæt på. (Social- og sundhedshjælper)

Mens lederne i sygeplejen i casekommunen med telefontid oplever, at tiltaget fungerer optimalt, så oplever sygeplejerskerne i denne og de øvrige to kommuner også, at sparringen via telefon udfordrer samarbejdet på tværs. En sygeplejerske fortæller, at hun praktiserer det, hun kalder "civil ulydighed", som betyder, at hun og nogle af hendes kolleger har givet deres direkte telefonnumre til enkelte medarbejdere i hjemmeplejen. Det på trods af, at det ikke er praksis i kommunen, fordi der er indført telefontid til det centrale telefonnummer. Den interviewede sygeplejerske fortæller, at denne praksis fungerer, fordi hun og medarbejderne i hjemmeplejen kender hinanden. Kendskab gør, at

hun ved, hvordan hun skal reagere på deres telefonhenvendelser – er det akut, eller kan det vente til senere. For hende er det altså ikke et problem, at hjælperne kan kontakte hende direkte. Den direkte kontakt mellem medarbejderne i borgerforløbene har også lettet sygeplejerskens arbejde, som ellers skal få kontakt til hjælperne via planlæggerfunktionerne i hjemmeplejen.

Også andre sygeplejerske ønsker at være mere tilgængelige over for hjemmeplejen, end de kan være, fordi de oplever at komme for sent ind i borgerforløbene med de strukturer og arbejdsgange, der sætter rammen for adgangen og tilgængelighed i sygeplejen. Det siger fx denne sygeplejerske:

Vi skal nok finde tiden til at være tilgængelig for assistenterne, men så løber vi bare stærkere. Det skal stadig prioriteres, at vi gerne vil mere på banen, fordi så kan vi undgå de ressourcer, som vi bruger, når vi kommer ind sent i forløbet. [...] Vi er ikke bange for, at hjemmeplejen ringer for ofte. Det er til borgerens gavn, og det er både hjemmeplejens og sygeplejerskens mål. (Sygeplejerske)

Manglende kendskab og relationer er vigtig for sparring og vidensdeling via telefon. For hjælpere og assistenter handler det om en usikkerhed og tryghed ved at tage kontakt til sygeplejersker, de ikke kender. Relationer modvirker oplevelsen af afvisning for hjemmeplejen og oplevelsen af at blive forstyrret for hjemmesygeplejen. Betydningen af kendskab og tryghed viser dette eksempel:

Kendskab, tryghed og den måde, man bliver mødt på i telefonen, har stor betydning for en hjælpergruppe. Når man kender hinanden, så bliver man i højere grad mødt af en, der også vil samarbejdet. Hvis man ikke kender hinanden, og man er presset, så tror jeg, der er en større tilbøjelighed til, at man får et afvisende svar i telefonen. Men det gør man ikke, når man kender hinanden. (Ledder i hjemmeplejen)

Ud over kendskab mellem faggrupper, så er sygeplejerskernes kendskab til borgerne også væsentlig for udbyttet af den sparring, der foregår via telefonkontakt. Her står det frem som en fordel i interviewene, når hjemmepleje og hjemmesygeplejens respektive grupper er tilpasset sådan, at sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere kører i de samme geografiske områder og altså hos de samme borgere.

2.3.4 Mangel på uformel sparring ansigt til ansigt

Interviewpersonerne i hjemmeplejen italesætter uformel sparring, der foregår ansigt til ansigt, som den mest optimale måde at sparre og vidensdele på. Men i de tre casekommuner med monofaglig organisering er der få anledninger til at mødes uformelt og fysisk uden for de formelle, tværfaglige mødefora, der ikke fungerer optimalt. Derfor oplever interviewpersonerne manglen på uformel sparring og adgang til sygeplejen som en ulempe ved organiseringsformen, som citaterne viser:

Det vil være bedre, hvis de [sygeplejerskerne] ville møde her, fordi der kun er en egentlig sparring, der bliver meget formel. [...] Vi har stor glæde af hinan-

den, men organiseringen gør sparringen vanskelig. Det vil give bedre opgaveløsning, hvis vi har bedre adgang til sygeplejerskerne. (Social- og sundheds-hjælper)

Det vil være dejligt at kunne se sygeplejerskerne i øjnene en gang om dagen [...] Ansigt til ansigt er altid bedst, fordi man i dialogen kommer i tanke om nogle flere ting, sammenlignet med, hvis man skriver en advi [i omsorgssystemet]. (Social- og sundhedsassistent)

Oplevelsen blandt hjælpere og assistenter er, at samarbejdet med sygeplejerskerne hviler på kendskab, der opbygges over mange år. De medarbejdere, der kender hinanden i casekommunerne, har bedre erfaringer med det tværfaglige samarbejde, fordi de oplever at have adgang til uformel sparring med hinanden. Men det er sårbart i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, hvor der sker hyppig personaleudskiftning. Assistenten herunder beskriver udfordringerne med, at hjemmeplejen "higer" efter adgang til sygeplejen, men oplever, at de "hiver" efter dem, fordi adgangen (fysisk og mentalt) er stor i de monofaglige organiseringer:

Det er en fordel at have kendt sygeplejerskerne i mange år, så man kan spørge og snakke med dem, men det er ikke det, der er kommandovejen. Det [kendskabet] går væk, når de gamle [sygeplejersker] går væk, fordi de nye kommer aldrig til at lære sygeplejerskerne at kende, som vi andre har gjort førhen. Dette samarbejde/kendskab er vigtigt for at lave kontinuitet i borgernes forløb. Her synes jeg, vi arbejder meget selv. [...]. Jeg synes, når vi arbejder sammen med de sygeplejersker, der kender os, så ved de også, hvad de kan forvente af os. Jeg føler, jeg får hjælp og sparring af dem. Vi higer efter dem, så problemet er, at vi skal hive efter dem. (Social- og sundhedsassistent)

En hjælper bemærker imidlertid også, at heller ikke anciennitet er tilstrækkeligt til at opbygge de nødvendige relationer, hvis der ikke er nogle anledninger til at se hinanden fysisk og "sætte ansigt og navn på". Heller ikke de formelle anledninger i form af tværfaglige møder bidrager tilstrækkeligt til at understøtte relationsdannelse mellem faggrupperne, fordi de ikke afholdes ofte nok, bliver aflyst, eller der mødes en ny sygeplejerske op hver gang, fortæller en leder i hjemmeplejen. En hjælper oplever, at samarbejdet med sygeplejersker foregik langt bedre, da hjemmesygeplejen for få år siden var integreret med hjemmeplejen. Hun oplever, at mangel på direkte og uformel adgang til sygeplejerskerne har konsekvenser for borgerforløbene.

2.3.5 Sygeplejens behov for at beskytte sig mod "servicering"

Interviewene i de tre monofaglige casekommuner peger på store udfordringer med at sikre optimale former for sparring og vidensdeling mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje, men de peger også på, at formålet med den begrænsede adgang til hjemmesygeplejen er at beskytte sygeplejerskernes tid. Erfaringerne er, at sygeplejersker tidligere oplevede at blive kontaktet unødigt af hjemmeplejen med spørgsmål, som sygeplejerskerne ikke ville eller skulle bruge deres tid på. Det har givet en oplevelse af at blive forstyrret i sit eget arbejde og har bl.a. udmøntet sig i indførslen af telefontid. En leder i

sygeplejen i casekommunen med telefontid forklarer, at det er "en foranstaltning for at beskytte, at man kan lave kerneopgaver (i sygeplejen)".

Eksemplet illustrerer, at formålet med den begrænsede adgang er beskytte sygeplejerskerne, så de bedre kan anvende deres tid og ressourcer på det, de selv opfatter som deres kerneopgave. På den måde fremstår det tværfaglige samarbejde omkring borgerne i hjemmeplejen, der i en del tilfælde også modtager overdragede sygeplejeopgaver leveret af hjemmeplejens medarbejdere, ikke som en del af sygeplejens kerneopgave. Fra sygeplejens perspektiv er der altså behov for at beskytte sig mod det, de kalder "servicering" af hjemmeplejen. Når sygeplejerskerne heller ikke prioriterer at spise frokost med hjemmeplejen, så handler det ligeledes om at beskytte sig selv mod "servicering". Det illustreres eksempelvis her:

Jeg har ikke personligt kæmpe behov for at spise frokost i gruppen. Jeg vil hellere spise frokost i sygeplejegruppen. [...] Jeg vil risikere at have tre postits med ting, som jeg skal reagere på, når jeg går derfra. Det kan også være med til, at vi kommer tidligere på banen [i borgerforløb], men jeg er også presset. Jeg gør også nogle gange det, der er nemmest for mig selv. (Sygeplejerske)

Flere hjælpere og assistenter oplever, at adgangen til og kontakten med sygeplejerskerne er blevet vanskeligere med tiden. De hører også, at deres henvendelser til sygeplejen er forstyrrende. Sådan siger eksempelvis denne hjælper:

[Sygeplejerskerne] kører meget på, at de synes, vi forstyrrer dem for meget. Jeg kan ikke vide, hvor travlt de har det, men når vi har noget, der egentlig hører under sygeplejersken, så er det også hende, vi skal kontakte. For år tilbage var det ikke sådan, det er blevet værre. (Social- og sundhedshjælper)

Som illustreret i eksemplerne ovenfor, er der på tværs af hjemmepleje og hjemmesygepleje forskellige perspektiver på, hvad medarbejderne bør samarbejde omkring, og hvad der er nødvendig sparring, og hvad der er "servicering" af andre faggrupper.

2.4 Arbejdsdeling

I casekommunerne med monofaglig organisering er der en oplevelse af, at arbejdsdeling mellem faggrupperne – trods mange gode intentioner – er hæmmet af manglende kendskab til hinanden. Der opleves også at være barrierer for overdragelsen af sygeplejeopgaver fra sygeplejen til hjemmeplejen (som jf. indledningen varetager størstedelen af sygeplejeopgaverne). De relaterer sig til, at det tager tid og begrænses af sygeplejens budget. Sammen med kommunernes formelle rammer for fordelingen af sygeplejeopgaver medvirker disse udfordringer til usikkerhed og mindreværd i hjemmeplejen. Dette afsnit beskriver udfordringer og muligheder med arbejdsdeling ud fra følgende temaer:

- Manglende kendskab mellem faggrupper hæmmer arbejdsdeling
- Det er tidskrævende for sygeplejerskerne at overdrage
- Formelle rammer opleves som hæmsko for at udnytte assistenternes faglige kompetencer

- Økonomistyring påvirker opgaveoverdragelse.

2.4.1 Manglende kendskab mellem faggrupper hæmmer arbejdsdeling

Faggruppernes gensidige afhængighed i opgaveløsningen skaber behov for kendskab mellem de medarbejdere, der deler arbejdet i borgerforløbene. Men mulighederne for at opbygge kendskab er begrænset i de monofagligt organiserede casekommuner, og det hæmmer en optimal arbejdsdeling mellem sygeplejersker, assistenter og hjælpere i form af koordination og opgaveoverdragelse samt faggruppernes muligheder for at få deres kompetencer og rolle i spil i borgerforløbene.

Sygeplejerskernes sparring og vejledning til social- og sundhedsmedarbejderne bliver hæmmet af, at de ikke kender medarbejderne eller borgerne. Det samme gælder for overdragelse af sygeplejeopgaver fra sygeplejersker til social- og sundhedsmedarbejdere, hvor tryghed og tillid til hinandens kompetencer er afgørende. Sygeplejersker har behov for at kende hjemmeplejens og de enkelte medarbejders kompetencer for at turde overdrage opgaver. Det er også manglende kendskab og tryghed til kompetencerne, som gør, at sygeplejerskerne *”holder på opgaverne”*, som det ofte formuleres, selvom de gerne vil overdrage dem for at lette eget arbejdspress og skabe en større grad af kontinuitet i borgerforløbene. Interviewene peger på, at der er stor variation i kompetencerne i hjemmeplejen og stor udskiftning både blandt de faglærte og ufaglærte medarbejdere. Det gør, at sygeplejerskerne ikke automatisk har tillid til, at en sygeplejeopgave, som de fortsat har opfølgingsansvaret for, kan varetages i hjemmeplejen. Altså, hvis sygeplejen ikke oplever at kende hjemmeplejen og dens medarbejdere tilstrækkeligt, så overdrager de ikke sygeplejeopgaver i den grad, de foretrækker.

Ud over kendskab og tryghed er adgang til sparring hos hinanden også væsentligt for opgaveoverdragelse, som dette citat forklarer:

Hvis der var tættere sparring med sygeplejerskerne, så vil man være mere tryk ved at uddelegere opgaverne, fordi så kan man nemmere sparre. Det kan dreje sig om sygeplejerskernes frygt for, om assistenterne kan varetage opgaven. Jeg tror, assistenten vil rådføre sig med sygeplejersken, hvis sygeplejen og hjemmeplejen var placeret tættere sammen. (Leder i hjemmeplejen)

Som lederen er inde på i citatet herover, har den fysiske afstand mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje, som udmønter sig i en faglig og mental afstand, betydning for sparring, som indvirker på graden af opgaveoverdragelse. Oplevelsen i casekommunerne er, at faggrupperne ikke udnytter deres faglighed og kompetencer optimalt. Det gælder for såvel sygeplejersker, som løser mindre komplekse sygeplejeopgaver og har svært ved at koordinere forløb på distancen, som det gælder assistenter og hjælpere, der ikke får tilstrækkelig sparring og de sygeplejeopgaver, de med fordel kunne varetage. Interviewpersonerne forbinder udfordringerne med arbejdsdeling med den monofaglige organiseringsform. Omvendt knytter de deres gode erfaringer med arbejdsdeling og tilfredsstillende opgaveoverdragelse med tilstedeværelsen af kendskab.

Dette eksempel illustrerer disse oplevelser. Assistenten herunder fortæller om dengang, hun arbejdede i en integreret organiseringsform, hvor sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere mødtes om morgenen og koordinerede opgaver:

Det kunne være fedt, hvis man havde egne sygeplejersker, og de sad sammen med os og spiste sammen, og man kunne mødes som sygeplejersker en gang om ugen. Jeg forstår ikke, hvorfor de har mere krav på at sidde og læse op på borgere end os, der har samme autorisation. Da jeg startede som assistent, sad jeg sammen med sygeplejerskerne om morgenen, og der blev der uddelegeret opgaver fra sygeplejerskerne, så kunne jeg hjælpe til. [...] Jeg kan ikke forstå, at man skal passe de samme mennesker og så være så skilt ad, det giver ingen mening. [...] Jeg arbejder i den her retning, sygeplejerskerne går i den her retning, og jeg må ikke rigtig noget. Der ligger ikke et fælles mål. (Social- og sundhedsassistent)

Flere andre hjælpere og assistenter refererer til tidligere organiseringsformer, hvor de oplevede at være tættere på sygeplejerskerne. Der oplevede de en mere meningsfuld arbejdsdeling, og at faggrupperne i borgerforløbene arbejdede i samme retning.

2.4.2 Det er tidskrævende for sygeplejerskerne at overdrage

Tidspres i sygeplejen hæmmer også opgaveoverdragelse til hjemmeplejen. Når sygeplejersker skal overdrage en opgave, skal de skrive en handlingsanvisning for udførelsen af opgaven. Samtidig har sygeplejen fortsat pligten til at følge op på opgaven med henblik på revurdering/afslutning. Det kan fx være et sår, der bliver bedre og heler op, hvorfor ydelsen skal afsluttes, eller et sår, der bliver værre og skal retur til sygeplejen. Både det at skrive handlingsanvisninger og følge op på opgaverne tager tid. Kræver overdragelse oplæring af en hjælper eller assistent, skal der også sættes tid af til dette på begge kørelister. Der er altså mange forhold, som gør opgaveoverdragelse tidskrævende i en travl hverdag, fortæller en sygeplejerske:

Det, der begrænser mig nu, er, at der er meget dokumentation. Hvis min liste er lang, og jeg skal bruge tid på at oprette handlingsanvisning, indsatsmål og opgavefordeling, så er der meget arbejde i det, og så er det næsten nemmere bare selv at gøre det [udføre opgaven]. Der er meget arbejde i at opgavefordele, og hvis [hjemme]plejen siger, det kan de ikke, så får man bare [opgaven] igen. (Sygeplejerske)

Som sygeplejersken forklarer herover, så er det disse tidskrævende forhold, som nogle gange gør, at sygeplejen "holder på opgaverne", fordi det i en travl hverdag synes nemmere selv at udføre opgaven. Det bliver en ond cirkel, hvor sygeplejerskerne ikke har tid til tværfaglig sparring og vidensdeling, fordi de har travlt med sygeplejeopgaver. Men det har de bl.a., fordi der ikke er det tilstrækkelige tværfaglige samarbejde til, at de kan overdrage flere opgaver til hjemmeplejen.

2.4.3 Formelle rammer opleves som hæmsko for at udnytte assistenternes faglige kompetencer

Kommunerne udformer kompetenceskemaer, der udstikker de formelle rammer for opgavefordelingen. Det vil sige, hvilke faggrupper der har kompetence til (eller kan opnå kompetence til) at udføre hvilke sygeplejeopgaver. Det er inden for disse rammer, sygeplejen kan overdrage bestemte opgaver til assistenter eller hjælpere.

I interviewene udtrykker både ledere på tværs af hjemmepleje og sygepleje, sygeplejersker og assistenter (og i mindre grad hjælpere) utilfredshed med kommunernes rammer for opgavefordelingen. De mener, at rammerne er for snævre til at sikre en optimal fordeling af sygeplejeopgaver. De beskriver det, som at rammerne udgør den laveste fællesnævner frem for den højeste fællesnævner. Oplevelsen af, at rammerne er for rigide, viser citatet herunder:

Nogle gange har sygeplejerskerne nogle opgaver, som vi lige så godt kunne tage, når vi allerede er ude ved borgeren. Det ville også være bedre for borgerne. Det er opgaver inden for stabile sår, der ser pæne ud. Vi er uddannede nok til at vide, hvornår vi skal tilkalde en sygeplejerske. Vi vil gerne klædes på af sygeplejerskerne til de opgaver. Beslutningerne er for rigide. [...] Vi ved ikke, hvorfor sygeplejerskerne ikke overleverer opgaver til os. Det er der nogen, som har besluttet. (Social- og sundhedsassistent)

Interviewene vidner dog om uenighed om, hvad der udgør optimal arbejdsdeling. Det kommer fx til udtryk i dette citat af en leder i sygeplejen, som vurderer, at assistenterne i dag får sygeplejeopgaver, de ikke er uddannet til at varetage:

Assistentuddannelsen er ikke mindet på, at de skal være minisygeplejersker. Hvis man kigger på uddannelsen, skal de kunne noget pædagogik og psykiatri, og nu kører de, som at de skal være minisygeplejersker [...] Assistenten får opgaver, de slet ikke er uddannet til, og det synes jeg er et samfundsproblem. (Leder i sygeplejen)

Citatet herover er med til at illustrere, at der i kommunerne er forskellige opfattelser af, hvordan assistenternes kompetencer bedst anvendes, selvom assistenter uddannes til selvstændigt at udføre "professionel helhedsorienteret sygepleje"⁵ som autoriserede sundhedspersoner. Kommunernes og aktørernes forskellige opfattelser af assistentuddannelsen, og hvilke opgaver den berettiger til, har konsekvenser for assistenterne, der i de tre casekommuner ikke oplever at få deres kompetencer i spil. Disse oplevelser forstærkes af manglende opgaveoverdragelse inden for kommunens rammer for opgavefordelingen.

Flere assistenter i analysen erfarer, at rammerne er blevet snævrere. De beskriver det, som at de over de senere år har fået "frataget kompetencer" i betydningen sygeplejeopgaver. Denne oplevelse af afvikling i deres kompetence skaber følelser af usikkerhed og mindreværd blandt de interviewede assistenter. Disse følelser forstærkes, når der samtidig ikke sker opgaveoverdragelse inden for rammerne af de årsager, som er beskrevet i de foregående afsnit. Omvendt er opgaveoverdragelse fra sygeplejen forbundet med fagligt værd og en oplevelse af at udnytte sine kompetencer, viser eksemplet:

[Opgaveoverdragelse] får mig til at føle, at jeg er noget værd – at de kan bruge mig. Nogle af de opgaver, der bliver taget fra os her, som vi har haft – der tænker jeg nogle gange, at det er en degradering. Jeg kan godt noget mere. (Social- og sundhedsassistent)

⁵ BEK nr. 1116 af 18/08/2016, Bekendtgørelse om erhvervsuddannelsen til social- og sundhedsassistent (Børne- og Undervisningsministeriet, 2016).

Flere assistenter i analysen oplever det som, at kommunen og sygeplejerskerne ikke har tillid til deres kompetencer, fordi de bliver "skåret over én kam", som en udtrykker det, i stedet for at få overdraget opgaver efter individuelle kompetencer. Assistenterne oplever at stå uden indflydelse på opgavefordelingen og dermed på deres egen rolle og faglighed. Det forbindes med assistenternes position i hierarkiet mellem faggrupperne:

Vi kommer til kort, fordi vi sidder næstnederst på ranglisten., Vi har godt nok en autorisation, vi skal passe på, men vi sidder og er afhængige af nogle sygeplejersker, som skal give os noget arbejde, som er værdigt for vores autorisation. [...] Vi er stadig afhængige af, at sygeplejerskerne vil give os det arbejde, og vi er uden indflydelse på, hvorfor vi ikke må det. (Social- og sundhedsassistent)

I citatet beskriver assistenten en oplevelse af at være afhængig og uden indflydelse på, om sygeplejerskerne vil overdrage opgaver, som er assistenternes autorisation værd, hvilket frustrerer. Det knytter an til en oplevelse af, at assistenternes relationer til sygeplejerskerne er ulige, og det kan synliggøre hierarkiet mellem faggrupperne på en negativ måde, hvor assistenterne oplever, at sygeplejerskerne har "magten over deres tid", som en leder udtrykker det:

Sygeplejerskerne har en anden faglig magt. Der kommer hurtigt et asymmetrisk magtforhold, fordi sygeplejerskerne uddelegerer til hjemmeplejen og ikke omvendt. Hvis hjemmeplejen har brug for hjælp, så er det sygeplejen, der vurderer, om de får den. Den burde ikke være der, men det er der. Det faglige er lige meget værd, og jeg kan ikke undvære nogen af faggrupperne. [...] Der er en form for hierarki i relationen mellem sygepleje og hjemmepleje. (Fagchef)

Som fagchefen herover er inde på, bevirker praksissen omkring opgavefordeling, at sygeplejen har magten over hjemmepleje i betydningen, hvilke sygeplejeopgaver, hjælpere og assistenter løser. Flere erfarer, at dette magtforhold ikke er frugtbart for samarbejdet mellem faggrupperne, fordi de ikke oplever det ligeværdigt. Denne oplevelse forstærkes af manglende relationer – kendskab og tryghed – og dialog mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

2.4.4 Økonomistyring påvirker opgaveoverdragelse

Oplevelser af, at hierarki påvirker samarbejdet, kommer særligt til udtryk i situationer, hvor sygeplejen trækker overdragede opgaver retur. Det kan fx være i perioder med mange vikarer i hjemmeplejen, eller fordi opgaven bliver mere kompleks – fx et sår, der forværres. Det skaber frustration blandt assistenterne, når de pludselig får frataget en opgave. Især i de tilfælde, hvor de ikke får nogen forklaring fra sygeplejen. I de tilfælde bidrager sygeplejens tilbagetrækning af ydelser til at skabe usikkerhed i hjemmeplejen. En leder i hjemmeplejen beskriver det som, at de "nemt kan blive slået ud, fordi de ikke er så sikre i deres egen faglighed". Assistenterne bliver usikre på, om de mon ikke har udført opgaven godt nok, fordi der ikke er dialog om det. De kan blot se i omsorgssystemet, at nu ligger opgaven hos sygeplejerskerne.

En anden årsag til, at sygeplejen trækker opgaver retur, er, at de skal holde igen med opgaveoverdragelsen af hensyn til budgettet i sygeplejen. Således har økonomistyringen af sygeplejen også indflydelse på arbejdsdeling i praksis. Det skyldes, at – alt afhængig af, hvordan kommunen økonomistyrer sygeplejen – der kan være økonomiske incitamenter for at beholde opgaver i sygeplejen. Sådan er det i de tilfælde, hvor ”pengene følger med ydelserne”. Det betyder, at sygeplejens budget betaler for overdragede sygeplejeopgaver, der løses af hjemmeplejen. Det kan medføre, at lederne af sygeplejen pålægger sygeplejerskerne at overdrage mindre, hvis budgettet er ved at være brugt op. Det påvirker arbejdsdelingen, som ikke kun er til frustration for hjemmeplejen, men også for sygeplejerskerne, der oplever ikke at bruge deres kompetencer meningsfuldt:

Vi får ofte at vide, at vi har uddelegeret for x antal millioner for meget, eller at vi skal trække nogle opgaver tilbage. Så mister vi selv lysten, når vi skal lave assistentopgaver. Det har vi heller ikke lyst til, og det påvirker vores arbejdsglæde. (Sygeplejerske)

Særligt i en af casekommunerne fremstår kommunens økonomistyring af hhv. hjemmepleje og hjemmesygepleje som en kilde til konflikt, der påvirker samarbejdet mellem både lederne og medarbejderne. Her er oplevelsen, at hjemmeplejen er økonomisk afhængig af, hvor mange opgaver sygeplejen overdrager, og hvor meget tid der følger med til at løse opgaven. Lederne i hjemmeplejen oplever ikke, at samarbejdet er ligeværdigt, når sygeplejen afgør den tid, hjemmeplejen har til at udføre en overdraget sygeplejeopgave. På den måde påvirker økonomistyringen arbejdsdelingen og samarbejdet mellem faggrupperne.

Opgavefordeling på tværs af de adskilte organisationer er en vigtig del af det tværfaglige samarbejde og fremstår som en udfordring – og kilde til frustration og usikkerhed – i casekommunerne med monofaglig organisering, hvor der i lav grad er kendskab og adgang til hinanden.

2.5 Arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering

Oplevelserne af, om monofaglig organiseringsform understøtter arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering blandt faggrupperne varierer på tværs af hjemmepleje og hjemmesygepleje. Mens sygeplejen finder organiseringsformen attraktiv, gælder det ikke for hjemmeplejen. Erfaringerne er, at monofaglig organisering understøtter sygeplejerskernes faglige udvikling, men ikke det tværfaglige samarbejde, herunder en optimal arbejdsdeling, som hjælpere og assistenter foretrækker. Arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering relaterer sig til:

- Monofagligt fællesskab bidrager til rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker
- Hierarki og mindreværd udfordrer arbejdsglæde blandt assistenter og hjælpere
- Opgavefordeling udfordrer fastholdelse og rekruttering af assistenter.

2.5.1 Monofagligt fællesskab bidrager til rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker

Ifølge de interviewede ledere i sygeplejen er en central fordel ved monofaglig organisering, at det skaber bedre muligheder for rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker (jf. også afsnit 2.1). Vurderingen er, at organiseringsformen har stor betydning for, at de tre casekommuner aktuelt ikke oplever udfordringer med rekruttering og fastholdelse i sygeplejen. Ifølge lederne skyldes det, at organiseringsformen skaber rammer for faglig udvikling og monofagligt fællesskab med akut- og specialistsygeplejersker, hvilket er attraktivt for sygeplejerskerne.

At udvikle sit faglige niveau igennem sparring med andre sygeplejersker bidrager til arbejdsglæde. Det samme gør fællesskabet med kolleger med samme baggrund. Det giver tryghed og et både fagligt, men også socialt tilfredsstillende arbejdsmiljø, som dette citat viser:

Når sygeplejersker er organiseret sammen med sygeplejersker, giver det en tryghed, fordi de kender hinanden, og de ved, hvem de kan samarbejde med. Social kapital, hvor der er højt til loftet og godt sammenhold med kollegaer, har stor betydning for arbejdsglæden og motivationen. (Sygeplejerske)

På baggrund af casekommunernes erfaringer med at have en attraktiv sygepleje, ønsker ledere i sygeplejen og sygeplejerskerne ikke en tværfaglig organisering. De er bekymrede for, at den monofaglige sparring bliver sårbar i tværfaglige teams, hvor sygeplejerskerne vil være fysisk og mentalt længere væk fra hinanden. De er bekymrede for at miste det faglige rum, som de får med kollegaerne.

Som sygeplejersken fortæller i citatet, skaber det arbejdsglæde for sygeplejerskerne, når der er kendskab og tryghed i forhold til dem, man skal samarbejde med. Der er altså de samme elementer på spil som for hjælpere og assistenter, der tilsvarende lægger vægt på betydningen af kendskab og tryghed i samarbejdet med sygeplejersker.

2.5.2 Hierarki og mindreværd udfordrer arbejdsglæde blandt hjælpere og assistenter

Interviewene rummer flere eksempler på oplevelser af hierarki i samarbejdet om borgerne set fra hjælpernes og assistenternes perspektiv. Et eksempel, der går igen, handler om 'bleskifte'. Flere hjælpere og assistenter har erfaringer med, at sygeplejerskerne "ikke vil tage bleset", når de alligevel er hos borgerne for at udføre sygepleje. I stedet kontakter sygeplejerskerne hjemmeplejen. Det viser eksemplet her:

Jeg kan godt mærke hierarki med sygeplejerskerne. For eksempel når der er en sygeplejerske ude, der kan fx ligge en borger og have haft afføring ude på toilettet, og så vil sygeplejerskerne ikke hjælpe, og så ringer de efter os, og det synes jeg ikke er i orden. (Social- og sundhedshjælper)

For hjælpere og assistenter er det udtryk for, at sygeplejerskerne "har flere stjerner på skulderen" end dem. Det frustrerer dem, fordi de oplever, at det ikke er det bedste for borgeren, og fordi de ikke mener, det er en optimal måde at bruge ressourcerne på. Det

bidrager ikke til arbejdsglæde blandt hjælpere og assistenter. Disse oplevelser gør hierarkiet mellem faggrupperne tydelige. For hjemmeplejen sender sygeplejerskerne et signal om, at de ikke *"vil dem og deres arbejde"*, som en hjælper udtrykker det. Også selvom hjælpere og assistenter godt ved, at også sygeplejerskerne har travlt.

Sådanne oplevelser påvirker samarbejdet, fordi hjælpere og assistenter bliver mindre tilbøjelige til at søge sparring hos sygeplejerskerne. Og det påvirker arbejdsglæden blandt hjælpere og assistenter. At samarbejdet kan være præget af hierarki og mindreværd iagttager nogle af sygeplejerskerne også selv. For eksempel fortæller disse sygeplejersker, at de gerne tager et bleskift, og at de kæmper imod en gammel kultur:

Vi er virkelig søde og rare, og vi kæmper imod en kultur, der siger, at vi ikke vil lege med de andre. Vi vil gerne betragtes som kollegaer, selvom vi har forskellige kasketter. Vi styrer det samme tog. (...) vi står gerne til rådighed, hvis vi i forvejen er i hjemmet. Hvis der er bleskift, så kan jeg godt tage den, så hjælperen ikke behøver at komme. Flere af kollegerne vil gerne hjælpe til med plejen. (Sygeplejerske)

Som citatet viser, er det ikke alle sygeplejersker, der hævder deres position i hierarkiet ved ikke at "tage et bleskifte". De vil gerne have et ligeværdigt samarbejde med hjemmeplejen med afsæt i borgerens behov. Ifølge sygeplejerskerne oven for er de i deres kommune derfor fleksible omkring arbejdsdelingen.

Som beskrevet er tilstedeværelsen af gode relationer i form af kendskab og tryghed centrale for det tværfaglige samarbejde. I de monofagligt organiserede casekommuner oplever flere hjælpere og assistenter imidlertid, at samarbejdet er forbundet med oplevelser af kontrol og usikkerhed. Det skyldes fraværet af relationer og begrænsningerne i deres adgang til sygeplejerskerne. Flere assistenter og hjælpere oplever kontakten med sygeplejersker, de ikke kender, som kontrol. En leder i hjemmeplejen beskriver, at de *"kan føle, at de er til eksamen, når de skal kontakte sygeplejeren"*. Det bidrager til oplevelsen af, at samarbejdet er præget af hierarki og uligeværd, og det påvirker arbejdsglæden blandt hjælpere og assistenter, som brænder for at få et tættere samarbejde med sygeplejerskerne. Det står tydeligt frem i interviewene. For eksempel kalder en hjælper en tværfaglig organisering for *"drømmescenariet"*. Derfor påvirker et utilfredsstillende samarbejde med sygeplejen også arbejdsglæden i hjemmeplejen negativt.

Interviewene viser dog også, at det asymmetriske magtforhold mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje ikke behøver påvirke samarbejdet negativt. Interviewene viser, at samarbejdet mellem de enkelte medarbejdere i højere grad opleves ligeværdigt, når de kender hinanden og har tillid til hinanden. Hjælpere og assistenter peger også på, at de føler sig trygge ved at kontakte sygeplejersker, der anerkender deres kompetencer og er åbne og imødekommende i kontakten. Anerkendelse fra sygeplejerskerne kan minimere følelserne af mindreværd og usikkerhed.

2.5.3 Opgavefordeling udfordrer fastholdelse og rekruttering blandt assistenter

Som beskrevet i afsnit 2.4 er kommunernes opgavefordeling og den manglende opgaveoverdragelse i praksis for mange assistenter (i mindre grad hjælpere) forbundet med

oplevelser af mindreværd og faglig usikkerhed. Det påvirker deres arbejdsglæde negativt, fordi de ikke oplever at udnytte deres kompetencer og uddannelse i deres arbejde. Erfaringerne i casekommunerne peger også på, at arbejdsdelingen påvirker kommunernes muligheder for at rekruttere og fastholde assistenter, fordi de drives især af sygeplejeopgaver. Derfor er en opgavedeling med færre (eller mindre komplekse) sygeplejeopgaver ikke-attraktiv for assistenterne. Erfaringerne er, at "assistenterne flygter til andre kommuner", som eksemplificeret her:

Vi har svært ved at rekruttere assistenterne, fordi deres faglighed ikke bliver øget, og de får ikke lov til så meget. Vi har mange dygtige assistenter, der ikke må så meget. Det tror jeg er en politisk beslutning. [...] Jeg kan godt forstå, at assistenterne flygter til andre kommuner. Vi (sygeplejerskerne) har brug for at uddelegere opgaver, fordi vi er ved at drukne i opgaver. (Sygeplejerske)

Også sygeplejerskerne finder opgavefordelingen utilfredsstillende for assistenterne, og det ærgrer dem, at de ikke får mulighed for at anvende ressourcerne bedre ved at udnytte de sygeplejefaglige kompetencer i hjemmeplejen og derved kunne fastholde assistenterne, som citatet her også viser:

Når man kender assistenterne og får et godt samarbejde med dem, så er de væk. Det synes jeg er frustrerende, fordi man skal til at danne nye broer med de nye medarbejdere. Jeg tænker måske, at vi kan give assistenterne flere opgaver for at beholde dem. De skal ikke have flere opgaver, så listen bliver længere, men flere opgaver, hvor de kan bruge deres kompetencer fra assistentuddannelsen. (Sygeplejerske)

Der er flere forhold i de monofaglige organiseringer, som modvirker den ønskede arbejdsdeling mellem sygeplejerske, assistenter og hjælpere, og som gør arbejdet utilfredsstillende. På den måde har organiseringsformen også betydning for arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering i hjemmeplejen. Men også kommunernes formelle rammer for opgavefordelingen er en barriere for at fastholde især assistenter, som rejser til andre kommuner, hvor de får opgaver, som i højere grad matcher deres kompetencer.

2.6 Ledelsesfokus på tværfagligt samarbejde

I de monofaglige organiseringer centrerer ledelsernes fokus sig især om at understøtte det tværfaglige samarbejde. Udfordringer med det tværfaglige samarbejde står frem som den primære ulempe ved monofaglig organiseringsform. Erfaringerne i de tre casekommuner peger på, at ledelsens rolle dels handler om at understøtte en kultur for tværfagligt samarbejde, og om konkrete organisatoriske tiltag for at bygge bro mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje, men også om, hvorvidt der er integration på ledelsesniveau. Ledelsens rolle i de monofaglige organiseringer beskrives i følgende temaer:

- Organisatoriske initiativer til at bygge bro mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje
- Ledelse af tværfaglighed i sygeplejen

- Integration og samarbejde på ledelsesniveau.

2.6.1 Organisatoriske initiativer til at bygge bro mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje

De tre casekommuner har forskellige erfaringer med initiativer, der skal understøtte det tværfaglige samarbejde ved at bringe faggrupperne tættere på hinanden på tværs af de adskilte organisationer. Det handler om samlokation, tilpasning af sygeplejens ruter og sygeplejersker i konsulentfunktioner i hjemmeplejen.

Samlokation

Interviewene peger på, at det at samle hjemmeplejen og hjemmesygeplejen under samme tag kan fremme det tværfaglige samarbejde. Det sker ved, at faggrupperne nemmere har adgang til hinanden både formelt, fordi det vil være nemmere for sygeplejerskerne at deltage i tværfaglige møder, og uformelt, fordi de vil have mulighed for at se hinanden i løbet af dagen. Mangel på samlokation og den fysiske afstand, det skaber, skaber også en mental afstand, som eksemplet illustrerer:

Når man ikke er sammen i hverdagen, er det nemmere at distancere sig, så bliver det "dem og os". (Leder af hjemme- og sygepleje)

Som citatet illustrerer, har afstanden betydning for relationerne mellem faggrupperne. I nogle af casekommunernes distrikter er der sygeplejegrupper og hjemmeplejegrupper, som deler lokation. Her er erfaringerne, at det tværfaglige samarbejde fungerer bedre, end mellem de grupper, der ikke deler lokation. Det kommer til udtryk i interviewene med såvel medarbejdere som ledere. Denne leder i sygeplejen peger på, at det skyldes bedre adgang og mindre afstand:

Man kan mærke, at der bruges denne tætte adgang. Det er den gruppe, hvor samarbejdet glider bedst, fordi man bare lige kan gå 10 meter ned ad gangen og snakke med rette vedkommende. Det giver et nemmere samarbejde, fordi afstanden bliver mindre. (Leder i sygeplejen)

Ønsket om samlokation kommer særligt til udtryk blandt interviewpersonerne fra casekommunernes hjemmepleje. Men også enkelte af de interviewede sygeplejersker italesætter selv behovet for samlokation. For eksempel spørger en sygeplejerske, om det mon er medvirkende til, at de ofte oplever at blive inddraget for sent i nogle borgerforløb:

Nogle gange kommer vi sent i forløbet, og der kan vi stille spørgsmålstejn ved, om det er, fordi vi ikke bor på samme adresse? (Sygeplejerske)

Samlokation giver også mulighed for at holde morgenmøder eller koordinere mere uformelt fra morgenstunden, inden hver medarbejder starter sin rute. Det har bl.a. denne leder et ønske om, som oplever, at den tværfaglige mødestruktur ikke fungerer optimalt:

Når man ser på hele situationen og borgerne, så skal der noget til for at give en modvægt til, at vi ikke skal sidde sammen. Det bliver i en presset hverdag med fyldte kørelister. Så får man ikke bygget de broer, som der er behov for. Hvis man var sammen om morgenen, så vil man automatisk følge op senere på

dagen. Møderne skal ligge som en del af strukturen, og det skal ikke ligge som flødeskumskager, som man kan købe ind. (Leder i hjemmeplejen)

Det er netop afstand og begrænset adgang, som er udfordringerne i de monofaglige organiseringer, og som samlokation søger at imødekomme. Samlokation står på den baggrund frem som et organisatorisk initiativ, der kan fremme det tværfaglige samarbejde, og som der også er enkelte erfaringer med i de tre casekommuner fra nuværende eller tidligere organiseringer.

Tilpasning af sygeplejens ruter med hjemmeplejens

Et andet initiativ, casekommunerne erfarer kan fremme det tværfaglige samarbejde, er tilpasning af sygeplejens ruter. Det skyldes medarbejdernes behov for tværfaglig sparring og vidensdeling der foregår uformelt og ansigt til ansigt, hvilket er svært at lykkes med i de monofaglige organiseringer, hvor faggrupperne ikke naturligt ser hinanden eller har nogle uformelle anledninger til at mødes. Interviewene peger på, at tilpasning af sygeplejens ruter skaber bedre rammer for dette.

En af casekommunerne har konkret erfaring med dette, mens en anden kommune har initiativet i støbeskeen. Den ene casekommune har organiseret hjemmesygeplejen, så den matcher hjemmeplejens grupper og geografiske områder. Det betyder, at en gruppe af sygeplejersker og en gruppe af social- og sundhedsmedarbejdere kører i samme geografiske område og ved de samme borgere. Det oplever medarbejderne fremmer samarbejdet:

Sparringen med sygeplejerskerne sker ude i borgerens hjem, hvis man mødes tilfældigt. Vi kan snakke om borgerne over taget på bilen. De faste sygeplejersker kører i samme område som os. På den måde er samarbejdet godt. De er til at få fat i, hvis det virkelig er nødvendigt, og de er flinke og lydhøre. (Social- og sundhedshjælper)

Det skaber bedre rammer for at mødes (tilfældigt eller planlagt) i borgernes hjem eller på landevejene, ligesom det skaber klarhed over, hvilke medarbejdere fra hver faggruppe der kender hvilke borgere. Det gør, at den enkelte medarbejder ved, hvem de skal kontakte for spørgsmål omkring en borger, og det gør, at sygeplejerskerne har bedre kendskab til de borgere, der bliver drøftet på tværfaglige møder, og som jf. afsnit 2.3 er en udfordring for udbyttet af den mere formelle sparring mellem faggrupperne. På den baggrund peger interviewene på, at tilpasning af sygeplejens ruter understøtter samarbejdet mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Sygeplejersker i konsulentfunktioner i hjemmeplejen

En af casekommunerne har aktuelt ansat sygeplejersker i konsulentfunktioner i hver hjemmeplejegruppe, mens en anden casekommune har tidligere erfaringer med et lignende tiltag. Kommunerne fortæller, at initiativet skal imødekomme behovet for sygeplejefaglig sparring i hjemmeplejen. Erfaringerne peger på, at initiativet bidrager til faglig udvikling for hjælpere og assistenter, men ikke fremmer det tværfaglige samarbejde. Frem for at bygge bro til hjemmesygeplejen, udbygger funktionen snarere afstanden til hjemmesygeplejen, fordi sygeplejersken i konsulentfunktion bliver et ekstra led frem for bindeled, som dette citat viser:

[Sygeplejersken i konsulentfunktion] er rigtig god, for hvad skulle vi have gjort uden hende, når vi ikke ser sygeplejerskerne? Tidligere havde vi mere kontakt til sygeplejerskerne. [Den koordinerende sygeplejerske] bliver bindeleddet, som assistenterne tidligere var. Hun koordinerer, hvad der skal ske ude i fronten, uden at hun er i fronten. Det burde være sådan, at hun kunne tage med ud og lave nogle ydelser. Hun bliver en skrivebordssygeplejerske, der tager en del dokumentation eller opfølgning. Der er kommet et ekstra led ind, men det er der nødt til, fordi vi ser hinanden så sjældent, så vi vil ikke undvære hende. (Social- og sundhedshjælper)

Oplevelsen er, som citatet herover illustrerer, at initiativet med sygeplejersken i konsulentfunktion er bedre end ikke at have en, fordi der er få anledninger til at se og sparre med sygeplejerskerne i hjemmesygeplejen. Men hjælperen oplever også, at kontakten med sygeplejerskerne er blevet mindre, fordi den nu foregår via sygeplejersken i hjemmeplejegruppen. Erfaringerne peger på, at initiativet ikke bidrager til at bygge bro mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje, idet sparring og vidensdeling om borgerne hellere skal ske mellem de medarbejdere, der kommer i hjemmene.

2.6.2 Ledelse af tværfaglighed i sygeplejen

Interviewene peger på gode erfaringer med organisatoriske initiativer, der kan fremme det tværfaglige samarbejde mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje, men erfaringerne er også, at initiativerne ikke i sig selv er tilstrækkelige til at sikre samarbejdet i praksis. Der er behov for ledelse af tværfaglighed i sygeplejen. Som analysen har vist, er der i sygeplejen stort fokus på monofaglighed. Det betyder, at det at arbejde tværfagligt med hjemmeplejen ikke sker lige naturligt for alle sygeplejersker. Særligt ikke de steder, hvor hjemmeplejens adgang til sygeplejen er begrænset igennem strukturelle foranstaltninger som fx telefontid. Det varierer mellem de interviewede ledere, hvor optagede de er af at fremme tværfagligheden i sygeplejen. I en casekommune er det tydeligt, at lederen af sygeplejen arbejder fokuseret på at skabe en kultur for tværfaglighed. Hun fortæller, at fokus på det tværfaglige samarbejde er et tema i ansættelsesprocesserne i sygeplejen, og at de sygeplejersker, der ikke vil det, ikke længere er ansat i kommunens hjemmesygepleje. Det er i hendes optik nødvendigt med et opgør med en "gammel kultur" blandt sygeplejerskerne for at mindske afstanden mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje, fortæller hun:

Der har været en gammel kultur, hvor man har sagt, at sygeplejerskerne ikke vil samarbejde med hjemmeplejen, og at [hjemmeplejen] ikke ringer til sygeplejerskerne, fordi så får sygeplejen mere arbejde. Der skal meget til for at ændre sådan en holdning. Vi er ved at få lagt den kultur ned. (Leder af sygeplejen)

Sygeplejerskerne i denne casekommune fortæller tilsvarende, at de oplever, at sygeplejerskerne i kommunen har et "dårligt ry", og at de har været nødt til at bede hjemmeplejen om at "bruge dem noget mere" for at vise, at de gerne vil samarbejdet og er til rådighed for sparring.

Det fremgår videre af interviewene i den ovennævnte såvel som de to øvrige monofagligt organiserede kommuner, at det tager tid og kræver vedholdenhed at udvikle den ønskede samarbejdskultur, hvor faggrupperne naturligt opsøger hinanden og gør sig tilgængelige for hinanden.

2.6.3 Integration og samarbejde på ledelsesniveau

Andre forhold omkring ledelse, som ifølge interviewene påvirker samarbejdet mellem medarbejderne i hjemmepleje og hjemmesygepleje, er integration og samarbejde på ledelsesniveau. Lederne fortæller, at samarbejdet på ledelsesniveau har betydning for samarbejdet på frontlinjeniveauet som illustreret her:

Hvis lederne kan snakke sammen, så finder medarbejderne ud af, at de også kan snakke sammen. (Leder af sygeplejen)

Det viser sig også i interviewene i en anden casekommune, hvor samarbejdet på tværs af lederne for hhv. hjemmepleje og hjemmesygepleje er udfordret. Det viser sig i dette eksempel:

Det er gået skævt imellem os ledere, og det preller af på medarbejderne. De fortællinger, der kommer i organisationen, er, at det kører skævt. (Leder i hjemmeplejen)

En anden leder i hjemmeplejen oplever, at hjemmeplejen og hjemmesygeplejen som følge af samarbejdsudfordringerne "lukker sig om hinanden", hvilket gør afstanden større og adgangen begrænset. Lederne fortæller, at der er en risiko for, at hver organisation fokuserer indad på at "pleje egne interesser" frem for fælles interesser, som en leder udtrykker det, i de monofaglige organiseringer. Interviewene vidner også om flere udfordringer med at sikre dialog og samarbejde mellem lederne på tværs af søjlerne. I en casekommune fortæller en leder i hjemmeplejen bl.a., at der ikke er nogle formelle strukturer for hendes samarbejde med sygeplejens ledelse.

Flere af de interviewede ledere i hjemmeplejen kan på den baggrund se et perspektiv i at integrere hjemme- og sygepleje på ledelsesniveau. Der er dog ikke fundet eksempler på, hvordan dette er gjort – eller hvilken betydning en sådan integration har i praksis i nærværende undersøgelse.

2.7 Opsamling

Tabel 2.1 giver et overblik over, hvilke fordele og ulemper der ifølge interviewene knytter sig til monofaglig organisering. Tabellen viser også, hvilke organisatoriske initiativer, casekommunerne har erfaringer med imødekommer ulemperne ved organiseringsformen.

Tabel 2.1 Oplevede fordele og ulemper ved monofaglig organisering samt organisatoriske initiativer, der understøtter tværfagligt samarbejde

Oplevede fordele	Oplevede ulemper	Organisatoriske initiativer
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tilgodeser sygeplejerskers behov for monofagligt fællesskab ▪ Bidrager til arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering blandt sygeplejersker. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tværfaglig sparring og vidensdeling mellem faggrupperne er udfordret ▪ Arbejdsdeling mellem faggrupperne er udfordret ▪ Arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering blandt social- og sundhedsmedarbejdere er udfordret. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tværfaglige møder ▪ Ledelsesfokus på tværfaglighed i sygeplejen ▪ Tilpasning af sygeplejens ruter med hjemmeplejens ▪ Samlokation for hjemmesygepleje og hjemmepleje.

Som Tabel 2.1 viser, er den primære fordel ved monofaglig organisering, at organiseringsformen tilgodeser sygeplejerskernes oplevede behov for monofagligt fællesskab. Ledere og sygeplejersker fortæller, at sygeplejersker har et behov for faglig sparring og fagfællesskab med andre sygeplejersker. Og oplevelsen – og til dels også erfaringerne fra tidligere integrerede ordninger – er, at monofaglig organisering skaber bedre rammer for dette. Sygeplejerskernes behov for monofagligt fællesskab er således hovedargumentet for monofaglig organisering. Derfor skaber organiseringsformen også bedre muligheder for fastholdelse og rekruttering i sygeplejen, hvilket ifølge de interviewede en anden fordel ved monofaglig organisering.

Opfattelsen er altså, at sygeplejerskerne har behov for monofaglig sparring og fællesskab, samt at dette bedst sikres ved, at sygeplejerskerne er organiseret i en selvstændig enhed med egen leder adskilt fra hjemmeplejen. Argumenterne er, at sygeplejerskerne har behov for sparring med andre sygeplejersker omkring komplekse borgere, og at faglig udvikling i sygeplejen bedst understøttes af, at de går sammen i det daglige, herunder også, at de går sammen med og har nem adgang til sparring med akut- og specialistsygeplejerskerne, som bidrager til at højne det faglige niveau. Et andet argument er, at monofaglig organisering understøtter effektiv udnyttelse af sygeplejerske-ressourcerne. Når sygeplejerskerne er samlet, kan de bedre hjælpe hinanden i det daglige, og igennem afstand til hjemmeplejen kan de samtidig fokusere på egne opgaver, som det formuleres.

Den primære ulempe ved monofaglig organisering knytter sig til udfordringer med det tværfaglige samarbejde mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje. Her viser analysen variation mellem casekommunerne og interviewpersonernes erfaringer, men gennemgående vidner interviewene om store udfordringer med at sikre tværfaglig sparring og vidensdeling på tværs af hjemmepleje og hjemmesygepleje. Der er udfordringer med at få afholdt tværfaglige møder om borgerne, fx triagemøder, selvom casekommunerne har flere strukturer for det. Det skyldes bl.a. travlhed i hjemmesygeplejen. Udbyttet af møderne udfordres, hvis sygeplejersken ikke kender borgerne, eller hvis der ikke er kendskab og tryghed mellem faggrupperne. Oplevelsen i hjemmeplejen er, at sygeplejen ikke prioriterer samarbejdet om borgerne. Der er udfordringer med hjemmeplejens adgang til sparring og vidensdeling med sygeplejerskerne, fordi adgangen primært er via omsorgssystemerne, som ikke understøtter dialog og samarbejde, og fordi adgangen er betinget af scoringer af borgerne, som de fleste steder kun assistenter kan foretage. Hjælpere har således ikke direkte telefonisk adgang til hjemmesygeplejen. Adgangen er også begrænset ved, at hjælpere og assistenter ikke kan kontakte den relevante sygeplejerske

direkte, men skal kontakte hjemmesygeplejens centrale nummer – og i nogle kommuner i bestemte tidsrum. Den begrænsede adgang betyder, at sygeplejersken ikke bliver inddraget tidligt i forløb, hvor hjælpere eller assistenter oplever ændringer eller faldende funktionsniveau hos borgerne. Formålet med at begrænse adgang til hjemmesygeplejen er et ønske om at beskytte sig mod ”servicering” af hjemmeplejen for dermed at kunne fokusere sygeplejerskerens tid og ressourcer på ”kerneopgaven”, der her forstås som den del af sygeplejen, sygeplejerskerne leverer. Endeligt er der få, hvis nogle anledninger til at mødes uformelt og sparre ansigt til ansigt. Der er en lav grad af kendskab og tryghed mellem faggrupper, som er forudsætninger for, at der sker tilstrækkelig sparring og vidensdeling om borgerne. Flere af de interviewede sygeplejersker giver udtryk for, at de gerne vil det tværfaglige samarbejde med hjemmeplejen, men at det er svært på tværs af søjler.

Oplevelsen er også, at en optimal arbejdsdeling mellem faggrupperne – trods mange gode intentioner – er udfordret. Sygeplejersker oplever, at de ofte bliver inddraget sent i borgerforløbene, og at de ikke får overdraget de sygeplejeopgaver til hjælpere og assistenter, de gerne vil. Det skyldes manglende kendskab og tryghed mellem faggrupperne, og sygeplejerskerne oplever, at det er tidskrævende at overdrage opgaver på tværs af systemer. Derudover medfører økonomistyringen af sygeplejen nogle steder, at sygeplejen har et økonomisk incitament til at ”beholde opgaverne”, hvilket også modarbejder opgaveoverdragelse. Hjælpere og assistenter oplever ikke at få deres kompetencer og roller tilstrækkeligt i spil i borgerforløbene, fordi de ikke har adgang til sparring og vidensdeling med sygeplejerskerne, og fordi de ikke får overdraget de sygeplejeopgaver, de gerne vil.

At indgå i et trygt og dagligt stærkt arbejdsfællesskab med andre sygeplejersker bidrager til arbejdsglæde i hjemmesygeplejen. Interviewene peger omvendt på, at arbejdsglæde samt rekruttering og fastholdelse i hjemmeplejen udfordres i en monofaglig organisering. Det skyldes hjælpere og assistenters oplevelse af, at samarbejdet med sygeplejersker til tider er negativt præget af hierarki og kontrol – bl.a. som følge af en lav grad af kendskab og tryghed mellem faggrupperne og den afstand, der er (fysisk og mentalt) mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje. Hjælpere og assistenter brænder for et tæt og ligeværdigt samarbejde med sygeplejerskerne, og de brænder for sygeplejeopgaver. Interviewpersonerne peger på, at disse forhold modvirker rekruttering og fastholdelse i hjemmeplejen – især af assistenter.

Ledelsens fokus i de monofaglige organisering er især på at understøtte det tværfaglige samarbejde og sikre samarbejdet i praksis bl.a. ved at motivere til tværfaglighed i sygeplejen og ved at skabe en kultur i sygeplejen, hvor sygeplejerskerne ønsker og prioriterer samarbejdet med hjemmeplejen. Hvor optagede lederne er af at fremme en sådan kultur i sygeplejen, varierer dog mellem casekommunerne. Lederne fortæller også, at det tværfaglige samarbejde på ledelsesniveau smitter af på medarbejderniveauet. Hvorvidt lederne oplever at arbejde sammen på tværs af hjemmepleje og hjemmesygepleje, varierer dog også. Nogle ledere peger på, at integration på ledelsesniveau kan være en fremmer for det tværfaglige samarbejde, men det er ikke et gennemgående perspektiv blandt de interviewede ledere. De tre casekommuner har forskellige erfaringer med initiativer, der skal understøtte det tværfaglige samarbejde, herunder samlokation, tilpasning af sygeplejens ruter og sygeplejersker i konsulentfunktioner i hjemmeplejen.

3 Tværfaglig organisering

I analysen deltager to casekommuner med tværfaglig organisering. Dette kapitel baserer sig derfor på interview med fagchefer, ledere, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere i disse to kommuner. Kapitlet introducerer kort til casekommunernes organisering og beskriver derefter deltagernes perspektiver på og oplevelser af organiseringsformens fordele og ulemper.

3.1 Introduktion til tværfaglig organisering

Begge kommuner har en tværfaglig organisering baseret på integration af hjemme- og sygepleje i tværfaglige grupper, der samler hhv. hjælpere, assistenter, sygeplejersker (og ufaglærte) om fælles borgere i et bestemt geografisk område. Kommunerne har samlokation, hvor alle medarbejdere i den enkelte gruppe kører ud samme sted fra. I begge casekommuner er der fælles ledelse. I den ene casekommune er der 1-2 koordinerende sygeplejersker i hvert distrikt med ansvar for faglig ledelse. I den anden casekommune er der også tilknyttet terapeuter til de tværfaglige grupper. I begge casekommuner er akut- og specialistsygeplejersker organiseret adskilt, mens der i den ene er hjemmesygeplejersker med nøglefunktioner inden for sår og palliation i hvert distrikt. Det er altså ikke hele kommunens sygepleje, der er integreret med hjemmeplejen i casekommunerne. Der er variation i graden og typen af integration i praksis inden for de to casekommuner og også imellem distrikterne i den enkelte kommune. I begge casekommuner er der forskellige distrikterne imellem på, hvorvidt alle medarbejdergrupper deler samme grupperum, eller om sygeplejersker og/eller assistenter har egne grupperum, samt hvorvidt medarbejderne spiser frokost sammen. Fælles er dog, at medarbejderne mødes om morgenen, før de kører ud, og igen i løbet af dagen.

Herunder beskrives kort casekommunerne med tværfaglig organisering:

Casekommune 4: Eksempel på tværfaglig organisering

Casekommune 4 er integreret fra fagchefniveau til frontlinjeniveau. Konkret er hjemme- og sygeplejen inddelt i distrikter, som består af flere tværfaglige teams. Disse teams består af sygeplejersker, assistenter og hjælpere samt har terapeuter tilknyttet. I alt ca. 20 medarbejdere fordelt på ca. 3 sygeplejersker, 3-4 assistenter og 12-13 hjælpere. Der er en leder for hvert distrikt, som er leder for alle medarbejderne i de tværfaglige teams. Hvert team har samlokation og deler lokaler. Sygeplejerskerne i nogle teams har deres eget rum, hvor de kan løse administrative opgaver eller spise frokost. I nogle distrikter er der flere teams på samme lokation, så sygeplejerskerne er under samme tag som sygeplejersker fra andre teams. Akut- og specialistfunktionerne er organiseret under egen leder, som også er leder af sygeplejeklinikken. Hvert distrikt har sygeplejersker med nøglefunktioner inden for sår og palliation.

Strukturerne for det tværfaglige samarbejde varierer imellem teams. Nogle har ugentlige tværfaglige møder, for andre er det hver anden uge. Fælles er, at de mødes i teamet om morgenen og spiser frokost sammen, når det er muligt, fordi de har en "runde", hvor de kan dele dagens observationer og spørgsmål.

Casekommune 5: Eksempel på tværfaglig organisering

Casekommune 5 er integreret fra fagchefniveau til frontlinjeniveau på den måde, at sygeplejersker, assistenter og hjælpere er organiseret sammen i distrikter og under fælles ledelse. Der er en leder for hvert distrikt, 1-2 assisterende distriktsledere samt 1-2 koordinerende sygeplejersker i hvert distrikt, som har ansvar for faglig ledelse og udvikling. Distrikterne er yderligere inddelt i 'zoner' i form af geografiske områder med 5-8 medarbejdere. I casekommune 5 er udeområdet ydermere integreret med indeområdet (plejeboliger), men det har denne analyse set bort fra. Kommunens specialist- og akutfunktioner er organiseret centralt og adskilt fra distrikterne.

Medarbejderne har fælles ledelse og samlokation, men faggrupperne deler ikke nødvendigvis samme grupperum i alle distrikter. Der er strukturer for det tværfaglige samarbejde i form af fælles morgenmøder i zonerne, triagemøder og monofaglige møder, hvor en enkelt medarbejder fra en anden faggruppe deltager mv. Der forsøges at skabe en kultur, hvor sygeplejerskerne spiser frokost med hjælpere og assistenter, men sygeplejerskerne har en tendens til at gå for sig selv. Fordi der i denne kommune også er koordinerende sygeplejersker samt sygeplejersker fra indeområdet på samme lokation, er der flere sygeplejersker at sparre med i det daglige.

3.1.1 Argumenter for tværfaglig organisering

Interviewpersonerne i begge casekommuner er spurgt til oplevede fordele og ulemper ved organiseringsformen, samt hvilke hensyn valget af organiseringsform bunder i (fx geografi og kommunestørrelse). Der er overordnet to hovedargumenter for valget af tværfaglig organisering: at det understøtter kontinuitet og tidlig opsporing igennem tæt tværfagligt samarbejde. På tværs af de to casekommuner peger interviewpersonerne (såvel ledere, sygeplejersker, assistenter og hjælpere) på den baggrund på, at tværfaglig organisering bidrager til høj samlet kvalitet i borgerforløbene. Det illustrerer dette eksempel:

Kvaliteten af plejen for borgeren er bedre, fordi de medarbejdere, der kommer, hele tiden er opdaterede. Kvalitet og service er væsentligt bedre. (Leder i hjemme- og sygeplejen)

Interviewpersonerne inden for de tre faggrupper fortæller, at de ikke kan forestille sig at arbejde i en monofaglig organisering. For de interviewede sygeplejersker handler det om et behov for at have tæt kontakt og nem adgang til assistenter og hjælpere, der har bedst kendskab til borgerne. Det vil de "savne" og "mangle", hvis de var organiseret i en adskilt sygeplejeenhed, fortæller de. Citatet herunder illustrerer oplevelsen blandt sygeplejerskerne:

Kvaliteten af plejen i det daglige er blevet bedre, fordi vi hurtigere kan byde ind og høre noget mere. [...] Vi leverer en bedre kvalitet, når vi er organiseret i teams. Man hører ikke de små ting, hvis man ikke sidder i samme rum. Det er en kæmpe forringelse, hvis der ikke er teams. (Sygeplejerske)

I citatet herover forbinder sygeplejersken tværfagligt organisering med højere kvalitet i borgerforløbene igennem tværfagligt samarbejde. Behovet for tværfagligt samarbejde kommer også til udtryk blandt de interviewede hjælpere og assistenter, der lægger vægt på samlokation med sygeplejerskerne:

Jeg forstår slet ikke, at man ikke er integreret. Vi skal samarbejde i denne her sektor, uanset hvilket job vi har. Det er rigtigt godt at sidde under samme tag, når vi skal arbejde sammen. Vi har et tæt samarbejde med sygeplejerskerne. (Social- og sundhedshjælper)

På den baggrund mener interviewpersonerne i de to casekommuner, at tværfaglig organisering i deres optik er den mest ideelle og optimale måde at organisere hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

3.2 Borgeren i centrum

Ifølge interviewene er den primære fordel ved tværfaglig organisering, at den *”sætter borgeren i centrum”*, som flere ledere og medarbejdere udtrykker det. Det skyldes, som beskrevet ovenfor, at tværfaglig organisering skaber rammerne for tværfagligt samarbejde, der bidrager til højere kontinuitet og tidlig opsporing i borgerforløbene.

Oplevelsen er, at tværfaglig organisering medfører en højere grad af kontinuitet i, hvilke medarbejdere borgerne møder. Det følger dels af den naturlige begrænsning, en vis teamstørrelse sætter for antallet af forskellige medarbejdere, borgeren kan møde. Dels følger det af, at organiseringsformen understøtter en højere grad af opgaveoverdragelse fra sygeplejersker til assistenter og hjælpere, hvormed flere opgaver samles på færre medarbejdere. Kontinuitet har stor betydning for borgerne og for medarbejderne, som dette eksempel viser:

Det giver borgerne et mere sammenhængende forløb, når der ikke kommer 10 forskellige medarbejdere. Det er godt, når vi kan lade nogle opgaver glide [imellem faggrupper], både for borgeren og for os, fordi vi alle har travlt. (Social- og sundhedsassistent)

Koordination og fleksibilitet i opgaveløsningen bidrager til at holde antallet af forskellige medarbejdere nede. Eksempelvis ved at give opgaver videre på morgenmøder eller ved, at man lige hjælper hinanden, når man alligevel er i hjemmet. Denne fleksibilitet forudsætter, at man ved, hvilke medarbejdere der kører ved hvilke borgere den enkelte dag. Det bidrager den tværfaglige organisering til, hvor gruppen af medarbejdere mødes om morgenen.

Oplevelsen er også, at tværfaglig organisering understøtter tidlig opsporing af begyndende sygdom med afsæt i hjælpere og assistenters observationer af borgerne. Det skyldes, at der ifølge interviewene er tværfaglig sparring og vidensdeling mellem faggrupperne, som understøttes af både formelle og uformelle anledninger til at mødes. Hjælpere og assistenter har nem adgang til at inddrage sygeplejerskerne tidligt i borgerforløbene. Derudover har sygeplejerskerne indsigt i alle gruppens borgere – også dem, de ikke selv kører hos. Det betyder, at de har et grundlæggende kendskab til de borgere, som gør, at de både kan reagere hurtigere og mere kvalificeret på hjælpere og assistenters observationer af borgerne.

Ifølge denne leder hænger kontinuitet og tidlig opsporing tæt sammen, idet det, at de samme få medarbejdere kommer ved borgerne, gør, at de får bedre kendskab til dem og derved nemmere kan se, når noget er anderledes end normalt:

Personalet kan læse lidt mellem linjerne hos de borgere, som de kommer ved. Vi kigger på hele mennesker og situationen, og vi ser problematikkerne, inden de opstår. Vi har nogle fordele ved at komme ved de samme borgere, og vi kender dem, så vi kan reagere hurtigere. [...] Man får lavet en tidlig opsporing. Man har hele tiden fagligheden i fokus. Man bliver ikke tabt, fordi ens kollega har fri, fordi teamet har den her viden om borgeren. (Leder i hjemmepleje- og sygepleje)

Som lederen bemærker i citatet herover, er en anden fordel ved organiseringen, at hele gruppen har viden om borgerne. Det gør, at indsatsen hos borgeren kan fortsætte, selvom de faste medarbejdere ikke er på arbejde. Som lederen beskriver det, er der "samhørighed" i teamet, og der er ikke nogle medarbejdere, der er "tabt", når der er fravær eller sygdom, fordi hele gruppen har viden om borgeren og derfor kan varetage en kvalificeret opgaveløsning.

3.3 Tværfaglig sparring og vidensdeling

En af de centrale oplevede fordele ved tværfaglig organisering er, at organiseringsformen skaber rammer for tværfagligt samarbejde i form af adgang og nærhed til hinanden. Oplevelsen i de to casekommuner er generelt, at der er et tæt og velfungerende samarbejde mellem faggrupperne. Oplevelsen er, at organiseringsformen bidrager til, at faggrupperne løfter opgaverne i fællesskab. Det følger af gode muligheder for tværfaglig sparring og vidensdeling via både formelle og uformelle anledninger:

- Adgang og nærhed mellem faggrupperne
- Velfungerende formelle mødestrukturer igennem kendskab og tryghed
- Flere uformelle anledninger til at mødes og sparre.

3.3.1 Adgang og nærhed mellem faggrupperne

Oplevelsen i de to casekommuner er, at organiseringsformen understøtter tværfaglig sparring og vidensdeling, ved at faggrupperne har adgang til hinanden og er tæt på hinanden i det daglige. Det illustrerer fx citatet herunder, hvor lederen forbinder mulighederne for tværfagligt samarbejde med formelle og uformelle anledninger til at mødes:

Baggrunden [for valget om tværfaglig organisering] er, at hvis vi skal løfte noget hos en borger, så er vi nødt til at arbejde sammen med de forskellige fagligheder. Det samarbejde er bedst, når vi ses i hverdagen, så vi både får formelle møder og uformelle samtaler og vurdering samt overleveringer af observationer, gode råd og vejledninger, sådan at det løbende bliver integreret i hverdagen. Den rigtig store gevinst er for mig at se, at vi deler lokaler. [...] Vi

har forskellige fagligheder og ved, hvad hinanden kan, men vi tør gå til hinanden, og vi opfanger det, vi ser og hører, fordi vi deler lokaler. (Leder af hjemme- og sygeplejen)

Som lederen også er inde på i citatet herover, skaber tværfaglig organisering nærhed mellem faggrupperne, fordi de deler lokaler. Det gør, at medarbejderne kender hinanden og er trygge ved hinanden, samt at alle i gruppen er opdaterede på hinanden og borgerne. Flere udtrykker det med kendskab til, *"hvad hinanden står for"*. En leder bemærker, at opbygningen af kendskab er meget sværere at lykkes med, når *"sygeplejerskerne sidder for sig selv"*. Sygeplejerskernes daglige tilstedeværelse i hjemmeplejen betragtes som årsag til velfungerende tværfagligt samarbejde, hvilket citatet her illustrerer:

Det, der har haft stor betydning er, at sygeplejerskerne er til stede derude, men det kræver, at de er med til morgenmøderne og spiser frokost, hvor de hører fra assistenterne og hjælperne for at få det gode samarbejde og bliver trygge ved at tale sammen om tingene. De hører også om nogle borgere, som de ikke normalt kommer hos, men så kan de guide de andre medarbejdere eller handle på det. (Fagchef)

Erfaringen er, at adgang og nærhed mellem faggrupperne bidrager til kendskab og tryghed ved hinanden samt sparring og vidensdeling. For hjælpere og assistenter bidrager samlokation til, at de bliver trygge ved sygeplejerskerne, og for sygeplejerskerne bidrager det til, at de får viden om borgerne, så de kan bidrage med sparring ved borgere, de ikke selv kommer hos. Der er i de gennemførte interview tydelige mønstre i, at rammerne for adgang og nærhed mellem faggrupper skabes af fælles ledelse og samlokation og formelle og uformelle anledninger til at mødes.

Som fagchefen bemærker herover, opnår man imidlertid kun disse fordele, hvis sygeplejerskerne gør en indsats for at deltage på de anledninger, samlokation giver, fx morgenmøder og fælles frokost, hvor der bliver delt vigtige informationer. I en af casekommunerne har det fx ikke altid været sådan, at sygeplejerskerne automatisk deltog i morgenmøderne. Dette har ledelsen arbejdet for at fremme. Og det er en generel erfaring blandt lederne, at de skal skabe rammerne for det tværfaglige samarbejde, fordi sygeplejerskerne har en tendens til at søge mod hinanden:

Det handler om at sætte nogle rammer for samarbejdet, hvor sygeplejerskerne skal komme til morgenmødet og frokost. Man skal rammesætte samarbejdet. Det kommer mere af sig selv derefter, men der er nødt til at være faste rammer for samarbejde, da man ellers kommer til at koncentrere sig om sit eget arbejde. (Leder)

Erfaringen blandt lederne er, at der er behov for at skabe strukturer for samarbejdet og for at understøtte tværfagligheden i det daglige

3.3.2 Velfungerende formelle mødestrukturer igennem kendskab og tryghed

Oplevelsen blandt interviewpersonerne er, at de formelle strukturer for samarbejdet i de tværfaglige grupper fungerer. Interviewene beretter om flere former for tværfaglige møder samt morgenmøder som de primære formelle anledninger til at sparre og vidensdele.

I begge casekommuner mødes sygeplejersker, assistenter og hjælpere til fælles gruppe-møder om morgenen. I den ene casekommune tager morgenmøderne form som triage-møder, hvor komplekse borgere triageres. Erfaringen er, at morgenmøder udgør en væsentlig del af strukturen for det tværfaglige samarbejde. På morgenmøder kan medarbejderne se, hvem der kører hvilke ruter den pågældende dag, og hvem de kan kontakte, hvis der opstår spørgsmål i løbet af dagen. De har mulighed for nemt og hurtigt at drøfte spørgsmål om borgere eller opgaver, inden de kører ud, ligesom de har mulighed for at koordinere dagens besøg eller overdrage opgaver til hinanden. Oplevelsen er, at koordination fra morgenstunden giver mulighed for at komme nogle henvendelser i forkøbet.

Erfaringerne med de øvrige tværfaglige møder er ligeledes positive. Interviewene peger på, at antal og hyppighed er tilstrækkeligt, og at de bliver afholdt. Der er ikke nogle negative oplevelser med de tværfaglige møder, medarbejderne oplever et stort udbytte af dem. Den positive oplevelse skyldes primært, at der er kendskab og tryghed mellem faggrupperne. Medarbejderne går sammen i det daglige og er vant til at tale sammen. Det gør, at der er en høj grad af faglig åbenhed på møderne, hvor hjælpere og assistenter tør byde ind med deres observationer og også stille spørgsmål, hvis der er noget, de er i tvivl om:

Når man har møder, er det vigtigt, at man er tryk ved at sige noget, uden at det skal lyde dumt. Folk har lyst til at sige noget i en lille gruppe, hvor man kender hinanden og borgerne. Så det giver en form for tryghed, at vi har kendskab til hinandens kompetencer og de kollegaer, som man arbejder sammen med. [...] Når man har teammøder, er det godt, hvis man har modet til at være uenige. Det er små ting, men de små ting kan blive store, hvis man ikke får sagt det. Det synes jeg er nemmere, når man er i et team, hvor man kender hinanden. (Social- og sundhedshjælper)

Som citatet ovenfor illustrerer, så kommer kendskab til hinanden naturligt af at være organiseret i mindre, tværfaglige grupper. Kendskab skaber tryghed ved hinanden både fagligt og personligt. Det fremmer de tværfaglige møder, ligesom det fremmer det tværfaglige samarbejde mere generelt.

Den tværfaglige organisering bidrager også til, at sygeplejerskerne kender borgerne ifølge interviewene. At sygeplejerskerne har kendskab til de borgere, som hjælpere og assistenter har brug for sparring omkring, fremmer det tværfaglige samarbejde – også på møderne. Det forbinder interviewpersonerne med mulighed for tidlig opsporing. Erfaringerne illustrerer dette eksempel:

Sygeplejerskerne kender som regel den borger, som hjælperne spørger til, så vejen til hjælp er ikke så lang. Det mindsker tiden, fordi man ikke skal sætte sygeplejerskerne ind i noget om borgerne. Når vores sygeplejersker er med på teammøderne, så har de også hørt om borgere, der er komplekse, så det kommer ikke bag på dem, hvis der er et eller andet. Og hvis de sygeplejersker, der tilhører vores gruppe, ikke er der den dag, hvor vi har brug for det, så er der nogle andre sygeplejersker, der kan tage over. Sygeplejerskerne får et kendskab til borgeren, selvom de ikke lige nu er inde i billedet hos den borger, men når den borger så bliver dårlig, så ved de næsten på forhånd, hvilken

borger det drejer sig om, fordi de har været med på møderne. (Social- og sundhedshjælper)

Som hjælperen her beskriver det, er *"vejen til hjælp"* hos sygeplejerskerne kort i de tværfaglige organiseringer. Dels fordi der er adgang og nærhed mellem faggrupper, dels fordi sygeplejerskerne kan reagere hurtigere, når hjælperne eller assistenterne ikke først skal sætte dem ind i hele borgerens situation.

Tværfaglig sparring og vidensdeling på tværfaglige møder har altså betydning for indsatsen i borgerforløbene på kort sigt, fordi det kvalificerer den enkelte medarbejders opgaveløsning. Men det har også betydning på længere sigt, som hjælperen er inde på i citatet ovenfor, fordi sygeplejersker kan trække på deres viden senere, hvis en borger fx oplever forværring eller bliver kompleks. Ved allerede at kende lidt til borgeren og hjemmet har sygeplejerskerne et bedre afsæt for den indsats, situationen da kræver. Sygeplejerskernes tilstedeværelse på møderne har således stor betydning for deres rolle i borgerforløbene – hvad enten de er direkte udøvere af pleje eller rådgiver hjælpere og assistenter på distancen.

3.3.3 Flere uformelle anledninger til at mødes og sparre

Erfaringerne i de to casekommuner er, at uformel sparring er central for velfungerende tværfagligt samarbejde. Flere medarbejdere vurderer den uformelle sparring vigtigere end den, der foregår via mere formelle strukturer. De oplever, at det er nemmere at tage fat i hinanden og holde hinanden opdaterede på borgerforløbene, som disse eksempler fortæller:

Det [sparring og vidensdeling] på gangen er så godt altså. I min verden er det meget vigtigere [end den formelle sparring], og det er meget nemmere lige at tage fat i [hinanden]. (Social- og sundhedsassistent)

Det giver helt klart et bedre forløb ved en borger, når vi alle snakker sammen og kan snakke så uformelt sammen, som vi kan inden for samme team, for så ved vi, hvad der foregår, når vi opdaterer hinanden hele tiden. Det giver en bedre pleje til borgerne og et bedre forløb for borgerne. (Social- og sundhedsassistent)

Som citatet herover illustrerer, forbinder interviewpersonerne uformel sparring i de tværfaglige grupper med kvalitet og sammenhæng i borgerforløbene. Ved at mødes i løbet af dagen kan medarbejderne løbende følge op på de observationer, de har gjort ude ved borgerne, på aftaler eller spørge ind til handlingsanvisninger skrevet i omsorgssystemerne.

En anden anledning til at sparre og vidensdele i løbet af dagen er fælles frokoster. Hvorvidt medarbejderne har mulighed for og prioriterer at spise frokost sammen, varierer mellem casekommuner og distrikter i casekommunerne. I en gruppe er fælles frokoster, hvor medarbejderne kan dele dagens observationer med hinanden, en fast del af strukturen for det tværfaglige samarbejde. I andre grupper spiser sygeplejerskerne typisk frokost for sig selv i egne grupperum. Assistenten og hjælperen fortæller, at de savner adgang til sygeplejerskerne i frokostpausen, men anerkender samtidig sygeplejerskernes behov for at bruge frokosten på monofaglig sparring. Det viser eksemplet her:

Jeg tænker, at sygeplejersker har brug for at spise frokost selv for at sparre med hinanden. Jeg synes, det ville være ønskværdigt, at de spiste sammen med os, fordi de har deres eget kontor, hvor de også kan snakke sammen. Der er behov for, at vi alle er sammen for at snakke om borgene, men der er også behov for, at sygeplejerskerne kan sparre med hinanden om deres opgaver. Jeg kunne godt tænke mig, at sygeplejerskerne var mere ude i gruppen, for at de kan lære os at kende. (Social- og sundhedshjælper)

Interviewene vidner ikke om udfordringer med telefonkontakten mellem sygeplejersker og assistenter og hjælpere. Den sparring, der foregår via telefon, fylder meget lidt i interviewene i casekommunerne med tværfaglig organisering. Oplevelsen blandt hjælpere og assistenter er, at de har mulighed for at komme i kontakt med sygeplejerskerne, når de har behov for det. De fortæller, at de ved, hvornår deres henvendelse er akut og i de tilfælde ringer direkte til en sygeplejerske, og hvornår henvendelsen kan vente – fx til næste tværfaglige møde eller til senere på dagen, hvor de ser en sygeplejerske. På den baggrund virker det til, at det, at faggrupperne har anledninger til at mødes (formelt og uformelt), skaber mindre behov for telefonisk kontakt og bevirker, at den kontakt, der foregår via telefon, er relevant for såvel sygeplejersker som assistenter og hjælpere.

De interviewede sygeplejersker fortæller ligeledes, at de også ringer til hjælpere og assistenterne, når de har behov for at koordinere eller vidensdele. Også sygeplejerskerne oplever, at telefonkontakten fungerer. De giver også udtryk for, at det er nødvendigt med den sparring og vidensdeling, der foregår telefonisk. Sygeplejersken herunder fortæller, at det er vigtigt at være anerkendende og imødekommende i telefonkontakten med hjælpere og assistenter, så de er trygge ved at stille de spørgsmål, de har behov for svar på:

De andre faggrupper er gode til at ringe, hvis der er noget, som de er i tvivl om. Der er god kommunikation mellem faggrupperne, og vi er ikke bange for at lave hinandens ting, hvis der er travlt. Vi er ikke så meget sygeplejersker med stort S, altså på den dårlige måde, men sygeplejersker med stort S på den gode måde. Hvis du opfører dig ordentligt, når de ringer, og tager imod det og prøver at lære dem ... Det er vigtigt at sige til dem, at det er godt, at de ringer til os. Der er ikke noget, der er åndssvagt at spørge om, jeg ved jo heller ikke alt. (Sygeplejerske)

De interviewede ledere og medarbejdere oplever altså, at tværfaglig organisering skaber gode muligheder for uformel sparring, der foregår telefonisk og ansigt til ansigt, fordi medarbejderne har adgang og kendskab til hinanden (bl.a. som følge af samlokation), men også, at samarbejdet i praksis kræver ledelsesfokus. Endelig peger deres erfaringer på, at hverken de formelle eller uformelle anledninger til at mødes kan stå alene, samt at de supplerer hinanden i forhold til at bidrage til opbygningen af kendskab mellem faggrupperne.

3.4 Arbejdsdeling

Erfaringerne i casekommunerne med tværfaglig organisering peger på, at arbejdsdelingen mellem faggrupperne bidrager til, at hver faggruppe får sin faglighed i spil i borgerforløbene igennem tværfagligt samarbejde. Derudover er der en høj grad af kendskab og tryghed, som bidrager til opgaveoverdragelse fra sygeplejersker til hjælpere og assistenter. Opgaveoverdragelse udfordres dog også af personaleudskiftning. Arbejdsdeling i de tværfaglige organiseringer er karakteriseret ved:

- Faggrupperne får deres faglighed i spil
- Opgaveoverdragelse, når der er kendskab og tryghed mellem faggrupper
- Medarbejdergennemstrømning er en barriere for opgaveoverdragelse.

3.4.1 Faggrupperne får deres faglighed i spil

De interviewede medarbejdere oplever at få deres faglighed i spil i borgerforløbene, som følge af at der er et tæt tværfagligt samarbejde. De fortæller, at faggrupperne ikke kan undvære hinanden, og at de har behov for tværfaglig sparring og vidensdeling for at løse deres opgaver hos borgerne bedst muligt. I disse interview kommer den gensidige afhængighed mellem faggrupperne til udtryk, og der er en erkendelse af, at det kræver tæt samarbejde. Det bidrager til en oplevelse af, at faggrupperne arbejder i en fælles retning i borgerforløbene. Interviewene udtrykker også klarhed omkring faggruppernes roller og bidrag i borgerforløbene.

For sygeplejersker handler det om, at de kan yde kvalificeret rådgivning og sparring til hjælpere og assistenter, samt at de får hjælpere og assistenters viden om de borgere, de udfører sygepleje hos. Det fortæller bl.a. dette eksempel:

I borgerforløbene bruger vi det kendskab til borgerne, som assistenter og hjælpere har. Jeg udnytter groft deres viden. Der er ingen grund til at komme midt i middagsluren og virkelig få sat den forkerte fod ned i et forløb. De kan give tips og tricks, og de er dejlige at få. (Sygeplejerske)

For hjælpere og assistenter handler det om at kunne dele deres observationer med sygeplejerskerne – "at blive hørt", som en hjælper udtrykker det – og at det fører til bedre indsatser, herunder tidlig opsporing. Der er også eksempler i interviewene på, at assistenter har fået ansvar for at koordinere kontakten med andre aktører i forløbet. Beskrivelsen af borgerforløbet herunder illustrerer samarbejdet mellem faggrupperne:

Hvis vi så nogle tidlige signaler på, at hun blev skidt tilpas, så refererede vi dem videre. Det var ofte os, der gik tilbage til assistenterne og sygeplejerskerne for at sige, "se lige i handlingsplanen". Vi kunne ofte se, når der var en urinvejsinfektion på vej. Alle de ting havde vi tjek på. Assistenten og sygeplejersker kom omvendt til os for at få viden. Det var dejligt, at vi kunne bruge hinanden på den måde. Vi brugte vores system til at skrive i, men vi havde også et månedligt møde, hvor alle faggrupper var med. Det var vigtigt at have en fælles retning, så vi arbejdede på samme måde hos borgeren. Det var også noteret i handleplanen, så vi talte samme sprog derinde [hos borgeren] og

gjorde de samme ting. Jeg oplevede helt klart, at vores synspunkter blev hørt, så vi havde en god faglig sparring. Vi kunne bidrage med noget hver især i de forskellige faggrupper. (Social- og sundhedshjælper)

Som citatet peger på, havde det også betydning for borgerforløbet, at de involverede medarbejdere havde mulighed for at mødes og koordinere forløbet på tværfaglige møder ud over den koordination og vidensdeling, der skete igennem omsorgssystemet.

Oplevelsen blandt hjælpere og assistenter er, at de udnytter deres roller og kompetencer, fordi de har adgang til sparring hos sygeplejerskerne, og fordi sygeplejerskerne kender dem og derfor ved, hvordan de skal reagere på deres observationer. Kendskab og tryghed er udgangspunktet for, at den enkelte faggruppe oplever at udnytte sin rolle i borgerforløbene optimalt.

3.4.2 Opgaveoverdragelse, når der er kendskab og adgang mellem faggrupper

Kendskab og tryghed er også grundlaget for opgaveoverdragelse fra sygeplejersker til assistenter og hjælpere. En højere grad af opgaveoverdragelse bliver italesat af lederne som en fordel ved tværfaglig organisering, fordi det bidrager til kontinuitet og til, at faggrupperne udnytter deres kompetencer. Det illustrerer disse citater:

Organiseringen har betydning for opgaveoverdragelse til assistenter og hjælpere. Vi kører så få medarbejdere som muligt i borgerens hjem, men det er svært pga. ressourcemangel. Det kan vi kun gøre, ved at sygeplejersker uddelegerer til assistenter, og assistenter uddelegerer til hjælpere, og at vi kender hinanden og ved, hvad hinanden står for. (Leder i hjemme- og sygeplejen)

Det er væsentligt [for arbejdsdeling], at sygeplejerskerne er til stede ude i distrikterne og ikke kommer fra en centralt kørende sygeplejegruppe, fordi man på denne måde har et bedre kendskab til assistenter og hjælpere, og man ved, hvem man kan trække på i bestemte situationer. Det er vigtigt, at sygeplejerskerne føler sig trygge ved de øvrige medarbejdere. (Fagchef)

Erfaringerne blandt både ledere og medarbejdere er, at tværfaglig organisering skaber bedre rammer for opgaveoverdragelse, fordi der er høj grad af kendskab og tryghed. En forudsætning for kendskab er adgang og nærhed mellem faggrupperne, som citatet forklarer:

Hvis sygeplejerskerne ikke er sammen med assistenterne, så kan de ikke se, hvilken faglighed de har. Men når man kan se det, så kan man nemmere uddelegere. [Ikke at overdrage] er spild af ressourcer over for assistenter og hjælpere, fordi deres kompetencer ikke bliver udnyttet. (Social- og sundhedshjælper)

Interviewpersonerne lægger vægt på, at sygeplejerskerne ved, hvad den enkelte hjælper eller assistent "står for". Med andre ord, at de kender deres individuelle kompetencer og præferencer for opgaveløsning. Relationer baseret på kendskab og tryghed ved hinandens kompetencer er forudsætning for opgaveoverdragelse:

Relationer er enormt vigtige. Hvis sygeplejersken kender assistenten, så har sygeplejersken mere tillid til at uddelegere en opgave. (Social- og sundhedsassistent)

Når vi er en så lille gruppe, så lærer vi hinanden godt at kende, og vi ved, hvordan vi snakker til hinanden. Vi kender også til hinandens kompetencer i de små teams. Det er vigtigt for mit arbejde at kende til assistenterne og hjælperne, for hvis jeg ved, hvad de andre kan, så giver det mig tryghed til at uddelegere. (Sygeplejerske)

Som citatet herover illustrerer, har tillid til hjælpere og assistenters kompetencer betydning for, om sygeplejersker er tryk ved at overdrage sygeplejeopgaver. Og omvendt betyder tillid til sygeplejerskerne, at hjælpere og assistenter er trykke ved at give udtryk for tvivl omkring opgaveløsning eller kan sige fra, hvis de vurderer, at de ikke kan varetage opgaven.

I interviewene fremstår samarbejdet omkring opgaveoverdragelse ikke som kilde til konflikt mellem faggrupperne. Der er heller ikke eksempler på dårlige erfaringer med tilbagetrækning af ydelser i interviewene. I stedet peger de på, at arbejdsdelingen er fleksibel, og at det er nemmere at koordinere borgerforløbene. Det illustrerer disse citater:

Jeg oplever ikke, at vi bliver kontrolleret på en dårlig måde. Sygeplejerskerne kan godt spørge, hvordan vi gør det her, fx øjendryp. [...] Der er mulighed for at sige nej, hvis man ikke føler sig tryk ved opgaven. (Social- og sundheds hjælper)

Det kan godt være, at det giver bedre mening, at en sygeplejerske tager en borger, fordi hun var ude ved borgeren dagen før, og så sker det, at sygeplejersken tager nogle opgaver tilbage. Så vi bytter rundt begge veje, fordi jeg kan sige det samme. Vi oplever ikke, at det giver nogen frustration. (Social- og sundhedsassistent)

En sygeplejerske i samme kommune tilføjer, at selvom de skal følge op på assistenters og hjælpere arbejde, så er der *"ikke nogen sure miner"*. Sygeplejersken betragter det som en fordel, at de er organiseret i mindre teams, hvor det er naturligt at snakke med hinanden hver dag, fordi *"man tør sige tingene, som de er"*.

Erfaringerne peger på, at organisering i tværfaglige grupper skaber rammerne for kendskab og tryghed og dermed for opgaveoverdragelse og fleksibel arbejdsdeling.

3.4.3 Medarbejdergennemstrømning er en barriere for opgaveoverdragelse

Nogle hjælpere og assistenter fortæller, at de gerne vil udføre flere sygeplejeopgaver, end de får mulighed for inden for kommunens rammer, men de giver ikke udtryk for utilfredshed i forhold til samarbejdet med sygeplejersker. Oplevelsen er, at det ikke skyldes manglende vilje fra sygeplejerskerne, men snarere mangel på tid og ressourcer til at sikre den fornødne oplæring i nye opgaver. Oplæring fra sygeplejersker til assistenter og hjælpere kræver planlægning, og at der bliver sat tid af til det på kørelisterne, hvilket kræver både tid og ressourcer. Det viser eksemplet her:

Jeg tror, mine kollegaer søger noget mere sygeplejefaglighed. Det gør vi helt klart. Jeg tror ikke, vi får det, fordi der mangler tid til at få det [overdragelse] arrangeret. Der er mange udfordringer med at få det arrangeret. Der fylder planlægningen meget. Der mangler også tid til, at sygeplejerskerne kan oplære og sikre, at vi magter opgaven. Det er ikke en uvilje, men det er, fordi der er mangel på ressourcer og tid til den nødvendige oplæring. De er måske ikke opmærksomme på det, fordi de ikke kender de assistenter, som de har, fordi der har været så meget udskiftning. (Social- og sundhedsassistent)

Citatet viser, at udfordringerne med rekruttering og fastholdelse af hjælpere og assistenter påvirker graden af opgaveoverdragelse. Ligeledes påvirker medarbejdergennemstrømning opgaveoverdragelse, fordi det giver udfordringer med at sikre sygeplejerskernes kendskab. Disse udfordringer bidrager til et ønske om at udføre flere sygeplejeopgaver særligt blandt de interviewede assistenter.

3.5 Sygeplejerskers behov for monofagligt fællesskab

Ledere og sygeplejersker i casekommunerne med tværfaglig organisering ser et behov blandt sygeplejerskerne for monofagligt fællesskab, samt at der derfor kan være en sårbarhed i antallet af sygeplejersker i hver gruppe ved vakante stillinger. Oplevelsen er, at sygeplejerskernes behov for monofaglig udvikling og adgang til specialist- og akutfunktioner bliver imødekommet. Det beskriver afsnittet i følgende temaer:

- Sparring med andre sygeplejersker om komplekse borgere
- Adgang til specialist- og akutfunktioner er ikke en udfordring.

3.5.1 Sparring med andre sygeplejersker om komplekse borgere

I interviewene bliver det tydeligt, at rollen som hjemmesygeplejerske rummer en ensomhed. Den følger dels af, at en stor del af arbejdet foregår på egen hånd ude hos borgerne (som står i kontrast til arbejdet som sygeplejersker på fx et hospital), dels af det ansvar, der følger af at være leder af komplekse borgerforløb. Det er i høj grad sådan, sygeplejerskerne og lederne generelt i de tværfaglige organiseringer betragter hjemmesygeplejerskens rolle. Samtidig er de øverste sygeplejefaglige myndighed i hjemme- og sygeplejen, hvilket der også følger et vist ansvar med. Rollen som hjemmesygeplejerske kræver evne til at træffe beslutninger på egen hånd, som dette citatet beskriver:

Det er nogle gange anstrengende, at man er alene om at tage beslutninger. Man skal kunne arbejde selvstændigt, tage ansvar og træffe svære beslutninger på egen hånd som sygeplejerske. Det kræver arbejde, for hvis man altid har brug for kollegaer, så bliver det svært, for det er der ikke i hjemmeplejen. Man skal være god til at stikke en finger i jorden. Man skal tage mange alvorlige beslutninger på stående fod. (Sygeplejerske)

De interviewede sygeplejersker lægger meget vægt på, at arbejdet i hjemme- og sygeplejen kræver, at man som sygeplejerske kan arbejde selvstændigt, fordi der ikke er kolleger rundt omkring en, man kan sparre med. Men de lægger også vægt på, at rollen kræver sparring med sygeplejerskekolleger. Selvom de interviewede sygeplejersker

værdsætter den sparring og vidensdeling, de har med hjælpere og assistenter, så udtrykker de behov for monofagligt fællesskab:

Den her organisering er bedst for kvaliteten af plejen til borgerne, men der er et behov for, at sygeplejerskerne kan sidde sammen. Der er ikke nogle faggrupper, der ikke har brug for at sparre med hinanden. Men når man tænker på alle de ting, som vi står i, så vil jeg sige, at vores behov er endnu større.
(Sygeplejerske)

Behovet opstår som følge af den ensomhed i arbejdet og de udfordringer, de oplever at stå alene med i komplekse borgerforløb, som kan rumme mange forskellige former for kompleksitet. For flere sygeplejersker er det især den sociale kompleksitet i borgerforløbene, der er behov for sparring omkring:

Det er ikke sygeplejeopgaven, som man skal løse, men al den koordinering og det sociale omkring patienten. Det er hele tiden, at man kan stå og blive i tvivl om, om det er det, som man har ansvar for. Man står meget alene. Man skal have nogle kompetencer med i rygsækken, inden man kommer ud i hjemme-sygeplejen, og man skal være initiativrig og beslutsom. Som sygeplejerske kommer man ud for mange forskellige ting ude hos borgeren. Der er et stort socialt kontor ud over sygeplejen. (Sygeplejerske)

Oplevelsen i de to casekommuner er, at sygeplejersker har tilstrækkelig adgang til monofaglig sparring. Samtidig udtrykker de interviewede hjælpere og assistenter forståelse for sygeplejerskernes behov for monofagligt fællesskab. Det fremstår således ikke som en udfordring for det tværfaglige samarbejde i de to casekommuner, at sygeplejerskerne har monofaglige rum.

I den ene casekommune er der på undersøgelsestidspunktet dog to vakante sygeplejerskestillinger i en af grupperne, og i sådan en situation savner den interviewede sygeplejerske flere kolleger at sparre med i det daglige. Manglen på sygeplejerskekolleger forstærker hendes oplevelse af ensomhed i arbejdet. Hun påpeger også, at det er sårbart i forhold til planlægning af vagter i weekenderne.

3.5.2 Adgang til specialist- og akutfunktioner er ikke en udfordring

I interviewene i de to casekommuner fremstår organiseringen af specialist- og akutsygeplejerske adskilt fra hjemmesygeplejerskerne ikke som en udfordring. Fordelen ved at kunne organisere disse funktioner sammen med hjemmesygeplejen, som kom til udtryk i interviewene i de monofaglige organiseringer (jf. afsnit 2.2), betragtes altså ikke som en ulempe i de tværfaglige organiseringer. Her er oplevelsen, at såvel sygeplejerske som hjælpere og assistenter har tilstrækkelig adgang til specialist- og akutfunktionerne i forhold til at koble dem på forløb og i forhold til at få sparring. En leder vurderer endda en central organisering som en fordel:

Jeg synes, det er godt, at de [specialist- og akutsygeplejersker] sidder centralt, fordi det er sværere at styre, hvis de sidder i distriktet. Det var der nogle medarbejdere, der ikke kunne lide, fordi andre sygeplejersker synes, at det var

åndssvagt, at de ikke kunne hjælpe til ved sygdom eller travlhed. Derfor er det bedre, at de er placeret centralt. (Leder i hjemme- og sygepleje)

Lederens erfaring er, at det er en fordel, at hhv. specialiserede og ikke-specialiserede sygeplejersker ikke går tæt op ad hinanden, fordi de undgår, at der opstår misstemning i dagligdagen, hvis akutteam og specialister ikke hjælper til i den almindelige drift. Disse erfaringer kan også være udtryk for holdninger om i højere grad at satse på et højt fagligt niveau blandt generalisterne (hjemmesygeplejersker) frem for specialistfunktioner. I den anden casekommune er der ikke specialistfunktioner i de tværfaglige grupper, men nøglepersonsfunktioner blandt sygeplejersker med særlig viden om bl.a. sår og palliation, som gruppen kan trække på.

3.6 Arbejdsglæde, fastholdelse og rekruttering

Tværfaglig organisering beskrives i interviewene som attraktiv for hjælpere og assistenter og til dels også sygeplejersker. Det, der samler faggrupperne i deres vurdering, er hensynet til borgerne. Ledere og medarbejdere forbinder samtidig organiseringsformen med arbejdsglæde blandt faggrupperne og bedre muligheder for fastholdelse og rekruttering af hjælpere og assistenter. Elementerne heri handler om, at:

- Fælles ledelse understøtter fælles retning
- Ligeværd og teamånd bidrager til arbejdsglæde
- Opgavefordeling understøtter fastholdelse og rekruttering af hjælpere og assistenter.

3.6.1 Fælles ledelse understøtter fælles retning

Oplevelsen er, at fælles ledelse bidrager til arbejdsglæde blandt faggrupperne, fordi fælles ledelse understøtter en fælles retning i det tværfaglige samarbejde. Lederne vurderer det som en fordel for det tværfaglige samarbejde, at en fælles, integreret ledelse skaber rammerne, frem for at lederne for hhv. hjemmepleje og hjemmesygepleje "*kæmper mod hinanden*", som en leder udtrykker det. Også blandt medarbejderne er der oplevelser af, at fælles ledelse er en fordel i de tværfaglige organiseringer. Fælles ledelse af medarbejderne på tværs af faggrupper forbinder interviewpersonerne med at være et fællesskab, der arbejder i en fælles retning, som eksemplet her illustrerer:

Når man har fælles leder, så har man også fælles fodslag. Det vil være mere vanskeligt at nå i mål, hvis man havde hver sin ledelse. Det vil blive alt for opdelt. Det kan også blive en os-mod-der kamp, hvor hver leder vil passe på sit team. Her skal ledelsen passe på os alle sammen og sørge for, at vi fælles kommer i mål. (Social- og sundhedsassistent)

Erfaringerne i de to casekommuner er, at fælles ledelse bidrager til samhørighed og fællesskab i de tværfaglige grupper, hvilket forbindes med arbejdsglæde og trivsel for medarbejderne, for hvem det er meningsfuldt og motiverende at opleve at arbejde sammen i samme retning i borgerforløbene (jf. også afsnit 3.3).

3.6.2 Ligeværd og teamånd bidrager til arbejdsglæde

Det er tydeligt i interviewene med sygeplejersker, assistenter og hjælpere, at de tværfaglige grupper nyder samarbejde, der er karakteriseret ved ligeværd mellem faggrupperne og teamånd. Det skyldes bl.a., at der er klare roller for den enkelte faggruppe, som oplever at få deres faglighed og kompetencer i spil i borgerforløbene (jf. afsnit 3.4). Hjælpere og assistenter oplever ikke en hierarkisk, men ligeværdig relation til sygeplejerskerne, fordi de ved, at sygeplejerskerne også nyder godt af deres viden og kompetencer. Det hænger sammen med interviewpersonernes opmærksomhed på og erkendelse af faggruppernes gensidige afhængighed – at de ikke *”kan undvære hinanden”* og *”at alle kan hjælpe hinanden”*, som en sygeplejerske udtrykker det.

Der er et velfungerende tværfagligt samarbejde, hvor faggrupperne oplever at få deres faglighed i spil. Medarbejdernes oplevelser afspejler en teamfølelse, hvor alle hjælper hinanden. Disse erfaringer kommer til udtryk i citatet herunder, hvor sygeplejerskeren peger på, at *”alle faggrupper er lige vigtige”*, og at man som sygeplejerske også skal være kollega med hjælpere og assistenter:

Jeg er ikke kun sygeplejerske, men jeg er også personen [navn], og det synes jeg også er vigtigt. Jeg har ikke problemer med at blande mig med de andre faggrupper, det er jeg ikke for fin til, men det er der nogen, som er. Det er blevet bedre. Størstedelen har ikke nogen problemer med det, fordi der er ikke nogen, der er uundværlige. Alle faggrupper er lige vigtige. (Sygeplejerske)

Sygeplejerskens iagttagelse er dog også, at tilbøjeligheden til at være tæt på hjælpere og assistenter i det daglige ikke nødvendigvis gør sig gældende for alle sygeplejersker, fordi nogle er *”for fine”* til det – som udtryk for opretholdelse af den hierarkiske relation til hjælpere og assistenter. Hjælpere og assistenter lægger tilsvarende vægt på kollegaskabet med sygeplejersker. Flere beskriver det som, at *”sygeplejersker også er mennesker”*. Det er positivt for samarbejdet, at sygeplejerskerne viser deres usikkerhed og også selv søger vidensdeling med hjælpere og assistenter:

De [sygeplejerskerne] kommer til mig, de kommer til os, de kommer til hjælpere og spørger ind til noget. De er lige så meget mennesker og usikre som os. De er lige så opsøgende på nogle ting, som vi er. Det tror jeg er godt givet ud, at de gør det, fordi i gamle dage var det måske sådan lidt, at sygeplejerskerne var højere end os andre, men sådan ser jeg det ikke mere. (Social- og sundhedsassistent)

For assistenten her er oplevelsen, at sygeplejerskerne i dag ikke er mere værd end hjælpere og assistenter, fordi de oplever også at have noget at byde ind med i borgerforløbene. Oplevelserne af ligeværd og teamånd bidrager til, at samarbejdet ikke er præget af magtkampe og magtforhold mellem faggrupperne. Det er netop teamånd – det, at faggrupperne hjælper hinanden – der bidrager til arbejdsglæde:

Man hjælper hinanden faggrupperne imellem, og det er det, der gør, at man går glad på arbejde. Man løfter opgaverne i samlet flok. Det har meget at sige, at vi bruger hinandens kompetencer, og at vi får lov til at bruge de kompetencer, som vi har. Det gør arbejdet mere spændende og udvikler os. Man får

mere blod på tanden, når man får overladt nogle ting. (Social- og sundheds-hjælper)

Citatet illustrerer også, at det at bruge sine kompetencer er motiverende og bidrager til arbejdsglæde.

3.6.3 Opgavefordeling understøtter fastholdelse og rekruttering af hjælpere og assistenter

Erfaringer blandt både ledere og medarbejdere er, at tværfaglig organisering understøtter faglig udvikling blandt hjælpere og assistenter, som følge af at opgavefordelingen bidrager til kontinuitet, og som følge af, at der er adgang til og nærhed med sygeplejerskerne. Det imødekommer deres behov for sparring, som bidrager til udvikling. Sådan siger en assistent eksempelvis:

Jeg synes som assistent, at jeg får meget mere fagligt ud af, at vi alle sammen er sammen, end at sygeplejerskerne er for sig selv. [...] Jeg tror, det er det der feedback på, at man har en observation eller teori, og så vender man det på runden [til frokost], og så kommer sygeplejerskerne med lidt mere faglighed for at klæde os bedre på. Det tror jeg er enormt spændende for mig. (Social- og sundhedsassistent)

Erfaringerne peger også på, at hjælpere og assistenter motiveres af og føler sig anerkendte ved at få overdraget sygeplejeopgaver fra sygeplejerskerne. De ved, at det gør sygeplejerskerne kun, fordi de ved, at de har kompetencerne til det, fortæller en hjælper. Opgaveoverdragelse skaber altså arbejdsglæde og tilfredshed for de faggrupper.

Oplevelsen er, at mulighederne for opgaveoverdragelse understøtter fastholdelse og rekruttering af hjælpere og (især) assistenter. Det bidrager til oplevelsen af at udnytte deres kompetencer og få ansvar, som de oplever at vokse af. Især assistenterne motiveres af sygeplejeopgaver, hvilket der jf. afsnit 3.4. er bedre rammer for i de tværfaglige organiseringer. Jobbet bliver mere attraktivt igennem flere (og mere komplekse) sygeplejeopgaver, viser dette citat:

Hvis man i højere grad får flere sygeplejeopgaver, hvor man bliver udfordret og får udviklet sin faglighed, så kan det være med til at gøre jobbet attraktivt. Hvis man føler, at man får et ansvar og får lov til at leve op til det. Det gør noget, at man kan få lov til at udvikle sig og lære nye ting. Man skal spille på alle tangenter for at gøre det attraktivt at blive lige der, hvor man er. Jeg har svært ved at forestille mig, at man ikke arbejder tæt med sygeplejerskerne. (Social- og sundhedsassistent)

Assistenten kæder oplevelsen af faglig udvikling igennem opgaveoverdragelse sammen med den nærhed, hun har til sygeplejerskerne. Altså peger interviewene på, at tværfaglig organisering igennem opgaveoverdragelse giver bedre rammer for fastholdelse og rekruttering af hjælpere og assistenter.

3.7 Ledelsesfokus på sygeplejerskers faglige udvikling

Erfaringerne blandt ledere i casekommunerne med tværfaglige organisering er, at det er nødvendigt med ledelsesfokus på tværfaglighed og monofaglighed på en og samme tid for at understøtte det tværfaglige samarbejde samt sygeplejerskernes behov for faglig udvikling. Sidstnævnte har casekommunerne forskellige erfaringer med at imødekomme. Ledelsesfokus i de tværfaglige organiseringer handler om:

- Fokus på tværfaglighed og monofaglighed for sygeplejerskerne
- Organisatoriske initiativer til at understøtte sygeplejerskers monofaglighed.

3.7.1 Fokus på tværfaglighed og monofaglighed for sygeplejerskerne

Som beskrevet tidligere (afsnit 3.3) er der ifølge lederne i analysen behov for at understøtte det tværfaglige samarbejde i praksis, fordi der er en tendens til, at sygeplejerskerne søger mod hinanden, fx for at spise frokost sammen. Erfaringerne peger på, at tværfagligt samarbejde ikke sker af sig selv i de tværfaglige organiseringer, selvom der er bedre rammer for det. De interviewede ledere fortæller, at de stiller krav om tværfaglighed i rekrutteringsprocesserne. De stiller krav om, at sygeplejerskerne er interesserede i det tætte tværfaglige samarbejde med hjælpere og assistenter. Er sygeplejerskerne ikke interesserede i det, kan det føre til afskedigelser, fortæller bl.a. denne leder:

Vi som ledere skal være opmærksomme på, at hvis man ikke vil være en del af teamet, så må man tage konsekvensen, for så skal de ikke være der. Det er nødvendigt, selvom der er udfordringer med rekruttering. (Leder i hjemme- og sygeplejen)

Lige så vel som lederne er opmærksomme på at fremme det tværfaglige samarbejde mellem faggrupperne, er de også optagede af at understøtte monofaglighed. Det gælder primært for sygeplejerskerne. Erfaringerne er, at tværfaglig organisering ikke står i modsætning til sygeplejerskers monofaglighed. Som denne leder herunder slår fast, er der behov for såvel tværfaglighed som monofaglighed i hjemme- og sygeplejen:

Det gør en forskel, at sygeplejerskerne sidder for sig selv og har deres fagfællesskab. I og med at de er kommet med i teams, så har det givet meget mere. Det udelukker ikke sygeplejerskernes behov for noget monofagligt. De har rigtig mange opgaver, der ikke har noget med den øvrige medarbejdergruppe at gøre. Der er behov for begge dele. Det er optimalt, at de er med i teams, men vi skal have fokus på, at de bliver lært op i og får viden om det, der bliver budt ud. For det er den udvikling, der har været. Borgerne er patienter, når de kommer ud fra sygehusene, fordi de ikke er færdigbehandlede. Vi skal sørge for, at sygeplejerskerne bliver lært op, og at de føler sig lært op i de opgaver, for at de har et optimalt arbejdsmiljø. Det kan vi godt skabe rum til, selvom vi arbejder integreret. (Leder)

Lederen her forklarer, at det er muligt at skabe rum for sygeplejerskernes fagfællesskab i de tværfaglige teams, og at det er nødvendigt, for at sygeplejerskerne kan varetage komplekse opgaver og borgere.

3.7.2 Organisatoriske initiativer til at understøtte sygeplejerskers monofaglighed

Erfaringerne blandt lederne i de to casekommuner med tværfaglig organisering er, at sygeplejerskernes behov for monofagligt fællesskab og udvikling kan imødekommes igennem organisatoriske initiativer. Casekommunerne har erfaring med, at kompetenceudvikling og monofaglig sparring bidrager til udvikling, samt at egne grupperum og samlokation for flere tværfaglige grupper er med til at skabe et fællesskab for sygeplejerskerne.

Kompetenceudvikling og faglig sparring hos koordinerende sygeplejersker

Som beskrevet i afsnit 3.5 har sygeplejerskerne behov for monofaglig sparring med andre sygeplejersker for at udvikle sig og dyrke deres faglighed. Det understøtter casekommunerne igennem mødestrukturer for ugentlige sygeplejerskemøder. Her drøfter sygeplejerskerne fx indsatsen i bestemte komplekse borgerforløb eller specifikke sygeplejefaglige emner som fx sondepleje eller sårpleje. I den ene af casekommunerne lægger lederne særlig vægt på, at de tilbyder sygeplejerskerne kompetenceudvikling via sygeplejerskerne på hospitalerne for at sikre, at de har kompetencerne til at varetage nye og instrumentelt svære sygeplejeopgaver.

I den ene af casekommunerne beskrives sygeplejerskernes rolle også som gruppeledere. Det er for nogle sygeplejersker en uvant rolle, som giver endnu mere ansvar, end der i forvejen ligger i hjemmesygeplejerskens rolle (jf. afsnit 3.5). Ifølge lederne i casekommunen nødvendiggør det, at sygeplejerskerne kompetenceudvikles til rollen som forløbsleder og faglig leder i grupperne, hvor opgaven i høj grad består i at rådgive og supervisere hjælpere og assistenter som udførerne af sygeplejen. Det forklarer lederen her:

Når man ønsker at integrere sygeplejersker, assistenter og hjælpere, er det nødvendigt at klarlægge de forskellige faggruppers roller og især i forhold til sygeplejerskernes rolle, fordi den faglige ledelse er vigtig at tale om. Den faglige ledelse, som sygeplejerskerne skal varetage, ligger i uddannelsen, men det er ikke alle steder, hvor det bliver highlightet, fx på sygehusene. I kommunen får sygeplejerskerne mere en konsulentfunktion via assistenterne og hjælperne, men de får også en overvågende funktion. Der kan derfor være behov for kompetenceudvikling af sygeplejerskerne, for at de kan indgå i et tværfagligt team. (Leder af hjemme- og sygepleje)

I den anden casekommune har den enkelte hjemmesygeplejerske ikke på samme måde rollen som faglig leder, idet der er ansat koordinerende sygeplejersker i hvert distrikt. De koordinerende sygeplejersker har her ansvaret for at sikre den faglige udvikling for alle faggrupper og kan også varetage de komplekse borgerforløb. De interviewede sygeplejersker oplever, at initiativet bidrager til at højne og udvikle deres faglighed, fordi der er adgang til sparring og vidensdeling hos de koordinerende sygeplejersker.

Egne grupperum og samlokation med andre tværfaglige grupper

Initiativer, der imødekommer sygeplejerskers behov for fællesskab med hinanden, er egne grupperum og samlokation med andre tværfaglige grupper. I nogle (men ikke alle) af casekommunernes distrikter har sygeplejerskerne i de tværfaglige grupper egne grup-

perum. Både sygeplejersker, der har, og sygeplejersker, der mangler egne lokaler, italesætter det som et stort behov. Behovet bunder dels i at få ro til deres arbejdsopgaver, som også involverer telefonkontakt og dokumentation, dels bunder det i et ønske om at sparre med sygeplejersker uden at blive forstyrret af hjælpere eller assistenter.

Lederne herunder giver i interviewene udtryk for, at de er klar over og tager hensyn til sygeplejerskernes behov for monofagligt fællesskab, og de kan se, at det bidrager til arbejdsglæde, men de kan samtidig ikke sætte præcist ord på, hvori behovet mere konkret består. Det kommer også til udtryk i citatet her:

Jeg kan ikke helt komme ind på hvorfor, men sygeplejerskerne har brug for monofaglig sparring. De skal snakke med nogen, der kan det samme og har samme uddannelse. [...] Det er interessant, hvad der gør, at sygeplejerskerne har brug for et fagfællesskab. Det er også det, der gør dem glade, fordi de står med nogle opgaver, som de ikke nødvendigvis kan drøfte med teamet. (Leder af hjemme- og sygepleje)

Sygeplejerskerne har deres eget kontor, så de sidder ikke alene. Der sidder man med sine sygeplejekolleger, hvor man har den sygeplejefaglige sparring med dem og drøfter en masse ting. Man er samtidig med i gruppen, hvor man har faglig sparring med assistenterne og hjælperne og får dem til at vokse og varetage nogle opgaver. Det er også en del af sygeplejen, det med at udvikle andre, lave faglig sparring, oplære. Det vil sygeplejerskerne rigtig gerne. (Leder i hjemme- og sygeplejen)

Som disse ledere er inde på, tager initiativet hensyn til sygeplejerskernes ønske om fysisk at have monofaglige rum, samtidig med at sygeplejerskerne igennem den tværfaglige organiseringsform er tæt på hjælpere og assistenter og bidrager til deres faglige udvikling. Oplevelsen er, at egne grupperum imødekommer oplevelsen af ensomhed og skaber rammerne for sygeplejerskernes monofaglige fællesskab. Som citaterne viser, har det betydning for deres arbejdsmiljø og arbejdsglæde. Interviewene med hjælpere og assistenter vidner om, at de gerne vil have adgang til sygeplejerskerne hele tiden, men at de også forstår og anerkender sygeplejerskernes behov for monofaglige rum – fysisk såvel som fagligt.

Et andet initiativ, som casekommunerne i en vis udstrækning har erfaringer med, er samlokation af flere tværfaglige grupper. Altså, at flere tværfaglige grupper er samlet under samme tag. Det bidrager til at øge volumen i antal sygeplejersker, som betyder, at den enkelte sygeplejerske har flere sygeplejersker at sparre med i det daglige. På den måde bidrager det også til oplevelsen af at være en del af et fagligt fællesskab med andre sygeplejersker.

3.8 Opsamling

Tabel 3.1 giver et overblik over, hvilke fordele og ulemper der ifølge interviewene knytter sig til tværfaglig organisering. Tabellen viser også, hvilke organisatoriske initiativer, casekommunerne oplever imødekommer ulempen ved organiseringsformen.

Tabel 3.1 Oplevede fordele og ulemper ved tværfaglig organisering samt organisatoriske initiativer, der understøtter sygeplejerskers faglige udvikling

Fordele	Ulemper	Organisatoriske initiativer
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sætter borgeren i centrum ▪ Understøtter tværfaglig sparring og vidensdeling mellem faggrupperne ▪ Understøtter velfungerende arbejdsdeling mellem faggrupperne ▪ Bidrager til arbejdsglæde blandt faggrupperne ▪ Understøtter fastholdelse og rekruttering af hjælpere og assistenter 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kan give en sårbarhed i volumen af sygeplejersker i de enkelte grupper ved ubesatte stillinger 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ledelsesfokus på sygeplejerskers behov for monofagligt fællesskab: kompetenceudvikling, faglig sparring, egne grupperum og samlokation med andre tværfaglige grupper

Den primære fordel ved tværfaglig organisering er ifølge de to casekommuner, at den sætter borgeren i centrum, fordi den understøtter kontinuitet i borgerkontakten og tidlig opsporing af begyndende sygdom igennem tæt tværfagligt samarbejde mellem sygeplejersker, assistenter og hjælpere. Såvel ledere, sygeplejersker, assistenter og hjælpere i disse casekommuner oplever, at tværfaglig organisering er den mest ideelle og optimale organiseringsform, fordi de forbinder det med høj samlet kvalitet i borgerforløbene. Derfor italesætter interviewpersonerne herfra heller ikke nogle ulemper ved tværfaglig organisering, men det kommer frem i interviewene, at sygeplejerskerne kan opleve en sårbarhed ved at have få sygeplejersker i hver gruppe at sparre med i det daglige, som forstærkes i perioder med ubesatte stillinger.

I de to casekommuner med tværfaglig organisering er der kendskab og tryghed ved hinanden i de tværfaglige grupper, som skaber grundlag for velfungerende tværfaglig sparring og vidensdeling. Udfordringerne med vidensdeling via omsorgssystemer genfindes ikke i interviewene. Fordi faggrupperne møder ind sammen og ser hinanden i løbet af dagen, har de mulighed for at følge op og sparre uformelt ansigt til ansigt. Interviewene vidner ikke om udfordringer med sparring og vidensdeling via omsorgssystemer eller telefonkontakt. Oplevelsen er, at hjælpere og assistenter ved, i hvilke situationer de skal kontakte sygeplejersken, og i hvilke situationer henvendelsen kan vente, til de ses senere til frokost eller om eftermiddagen. Sygeplejerskerne oplever, at de henvendelser, de får, er relevante, og at de også selv har adgang til hjælpere og assistenter, når de har behov for det. I de tværfaglige organiseringer er der altså gode muligheder for uformel sparring, og der er anledninger til at mødes, som medarbejderne betragter som centralt for det tværfaglige samarbejde. Der er ligeledes en række strukturer for planlagte tværfaglige møder. Heller ikke her beretter interviewpersonerne om nogle udfordringer. Der er kendskab, tryghed og kontinuitet i, hvilke medarbejdere der deltager. Nogle steder spiser faggrupperne fælles frokost, hvor de deler formiddagens observationer og spørgsmål. Andre steder foretrækker sygeplejerskerne at spise frokost for sig selv. De steder er det ikke en udfordring for relationerne mellem faggrupperne, om end hjælpere og assistenter vil foretrække, at sygeplejersker sidder sammen med dem. Lederne bemærker, at sygeplejerskerne generelt har en tendens til at søge mod hinanden, hvorfor tværfagligheden i det daglige kræver ledelsesfokus.

Arbejdsdelingen mellem faggrupperne bidrager til, at hver faggruppe får sin faglighed i spil i borgerforløbene igennem tværfagligt samarbejde. I disse interview kommer den gensidige afhængighed mellem faggrupperne til udtryk, og der er en erkendelse af, at det kræver tæt samarbejde. Det bidrager til en oplevelse af, at faggrupperne arbejder i en fælles retning i borgerforløbene. Interviewene udtrykker også klarhed omkring faggruppernes roller og bidrag i borgerforløbene. Derudover er der en høj grad af kendskab og tryghed, som understøtter opgaveoverdragelse fra sygeplejersker til hjælpere og assistenter. Lederne italesætter en høj grad af opgaveoverdragelse som en fordel ved tværfaglig organisering.

De interviewede sygeplejersker oplever at stå med et stort ansvar i det daglige, hvor arbejdet foregår alene ude ved borgerne og også kræver, at de tager selvstændige beslutninger. Derfor er erfaringen, at sygeplejerskerne har behov for sparring med andre sygeplejersker, fx omkring komplekse borgere. Selvom de interviewede sygeplejersker værdsætter den sparring og vidensdeling, de har med hjælpere og assistenter, så udtrykker de behov for monofagligt fællesskab. Oplevelsen i de to casekommuner er, at sygeplejersker har tilstrækkelig adgang til monofaglig sparring. Samtidig udtrykker de interviewede hjælpere og assistenter forståelse for sygeplejerskernes behov for monofagligt fællesskab. Det fremstår således ikke som en udfordring for det tværfaglige samarbejde i de to casekommuner, at sygeplejerskerne har monofaglige rum. Oplevelsen er også, at alle tre faggrupper har tilstrækkelig adgang til de centralt organiserede specialist- og akutfunktioner i forhold til at koble dem på forløb og i forhold til at få sparring. Interviewpersonerne iagttager dog en sårbarhed i relation til sygeplejerskernes fællesskab, når der er få sygeplejersker i hver enkelt gruppe. I perioder med vakante sygeplejerskestillinger forstærker det oplevelsen af at være alene i det daglige.

Interviewene viser, at de tværfaglige grupper er karakteriseret ved en oplevelse af fællesskab om borgerne. Oplevelsen er, at alle arbejder i samme retning bl.a. som følge af, at faggrupperne har fælles ledelse. Sådan et dagligt arbejdsfællesskab bidrager til arbejdsglæde blandt faggrupperne. Arbejdsglæde følger også af oplevelser af, at relationerne og samarbejdet mellem faggrupper er karakteriseret ved ligeværd og teamånd, hvor alle faggrupper oplever at byde ind, og hvor ingen kan undvære hinanden. Fordi der er nærhed med og adgang til sparring hos sygeplejersker, er der bedre rammer for faglig udvikling af hjælpere og assistenter, hvilket er forbundet med tilfredshed i jobbet. Erfaringerne er også, at overdragelse af sygeplejeopgaver understøtter fastholdelse og rekruttering af assistenter.

Lederne i casekommunerne med tværfaglig organisering har fokus på at fremme både tværfaglighed og monofaglighed. Erfaringerne er, at det at sikre tværfaglighed i dagligdagen kræver ledelsesfokus, da sygeplejersker har en tendens til at søge mod hinanden, fx ved at spise frokost for sig selv. De interviewede ledere er også optagede af sygeplejerskernes monofaglighed, fordi både tværfaglighed og monofaglighed sameksisterer i de tværfaglige organiseringer. I casekommunerne er der forskellige erfaringer med konkrete initiativer, der imødekommer sygeplejerskernes behov for faglig udvikling. Det handler om kompetenceudvikling, fx på hospitalerne til nye eller instrumentelt komplekse opgaver, og strukturer for monofaglig sparring med andre sygeplejersker, fx ugentlige møder. En casekommune har ansat koordinerende sygeplejersker i hvert distrikt, som ifølge interviewene bidrager til at højne sygeplejerskers (og hjælpere og assistenters)

faglige niveau. Det handler også om at tilbyde sygeplejerskerne egne grupperum, som de oplever bidrager positivt til følelsen af at være en del af et monofagligt fællesskab. Endelig er der erfaringer med samlokation for flere tværfaglige grupper, hvilket øger volumen i antallet af sygeplejersker, hvorved sygeplejerskerne har flere sygeplejersker at sparre med i det daglige. Sygeplejerskernes behov for monofaglige rum (fysisk og fagligt) er ikke forbundet med oplevelser af frustration eller konflikt i relationen til hjælpere og assistenter.

4 Konklusion

Denne rapport har til formål at skabe viden om organiseringen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Rapporten svarer på, hvilke fordele og ulemper der knytter sig til hhv. monofaglig og tværfaglig organisering, samt hvilke organisatoriske initiativer der kan imødekomme ulemperne. Spørgsmålene er besvaret via et kvalitativt casestudie i fem kommuner. Tre casekommuner er eksempler på monofaglig organisering, hvor sygeplejerskerne er organisatorisk adskilt fra hjemmeplejen i en selvstændig enhed under egen ledelse. To casekommuner deltager som eksempler på tværfaglig organisering, hvor sygeplejersker, assistenter og hjælpere er integreret i tværfaglige grupper under fælles ledelse og med fælles lokation.

4.1 Et dilemma mellem sygeplejerskers monofaglighed eller tværfagligt samarbejde

Analysen viser, at hovedfordelene ved monofaglig organisering er, at organiseringsformen understøtter høj monofaglighed og rekruttering og fastholdelse i sygeplejen. Oplevelsen i casekommunerne med monofaglig organisering er, at sygeplejersker har behov for faglig sparring og fællesskab med andre sygeplejersker. Vurderingen er samtidig, at monofaglig organisering bedst imødekommer disse behov. Monofaglig organisering tilgodeser altså sygeplejerskernes oplevede behov for monofagligt fællesskab. Argumentet er, at et højt fagligt niveau blandt sygeplejerskerne er nødvendigt, for at hjemmesygeplejen er rustet til at varetage instrumentelt komplekse sygeplejeopgaver og komplekse borgerforløb – og altså kunne levere høj kvalitet i den del af sygeplejen, sygeplejerskerne selv leverer. Den primære ulempe er udfordringer med det tværfaglige samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, herunder udfordringer med tilstrækkelig tværfaglig sparring og vidensdeling samt en optimal arbejdsdeling mellem faggrupperne.

Hovedfordelen ved tværfaglig organisering er, at organiseringsformen sætter borgeren i centrum. Det sker som følge af velfungerende tværfagligt samarbejde mellem sygeplejersker, assistenter og hjælpere, der bidrager til kontinuitet i borgerkontakten og tidlig opsporing af begyndende sygdom. Interviewpersonerne i disse kommuner oplever, at tværfaglig organisering er den ideelle, fordi organiseringsformen understøtter, at faggrupperne kan levere høj samlet kvalitet i borgerforløbene. Det er hovedargumenterne for valget af tværfaglig organisering.

Analysen peger således på tydelige forskelle i oplevelsen af tværfagligt samarbejde mellem de to organiseringsformer. Der er variation mellem casekommunerne og interviewpersonernes betragtninger, men gennemgående består udfordringerne i de monofaglige organiseringer i, at rammerne og strukturerne for sparring og vidensdeling ikke fungerer optimalt, at der er en lav grad af kendskab og tryghed mellem faggrupperne, og at der er stor afstand og begrænset adgang mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje – også selvom sygeplejerskerne er interesserede i at samarbejde med hjemmeplejen. Oplevelsen i de tværfaglige organiseringer er omvendt, at der her er kendskab og tryghed mellem faggrupper samt nærhed og adgang til hinanden i det daglige.

Casekommunerne med monofaglig organisering oplever ikke, at organiseringsformen er ideel i forhold til at sikre tværfagligt samarbejde omkring borgerne. Flere fagchefer og ledere i hjemmeplejen i de monofaglige organiseringer ønsker på den baggrund integration mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje af hensyn til borgerne, men sygeplejerskernes ønske om at være i en selvstændig enhed er styrende for at bevare den monofaglige organisering. Ledere og sygeplejersker i disse casekommuner giver udtryk for bekymringer omkring integration. Bekymringerne går på, at det vil blive sværere at bevare sygeplejerskernes faglige niveau og mulighederne for fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker i en tværfaglig organiseringsform. Perspektiverne er til dels formet af erfaringer med tidligere integrerede ordninger på området, som for sygeplejersker er forbundet med oplevelser af devaluering af deres faglighed, mens det for hjælpere og assistenter er forbundet med et tættere samarbejde med sygeplejerskerne.

Analysen peger således på, at der er to overordnede hensyn på spil i kommunernes valg om organisering af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen: sygeplejerskers monofaglighed og tværfagligt samarbejde. I interviewene i de monofaglige organiseringer står disse to hensyn i et modsætningsforhold til hinanden, hvor kommunerne opnår høj monofaglighed i sygeplejen på bekostning af det tværfaglige samarbejde med hjemmeplejen. I interviewene i de tværfaglige organiseringer står disse hensyn ikke i et modsætningsforhold, men sameksisterer. Her er oplevelsen, at faggrupperne har et velfungerende tværfagligt samarbejde, der sætter borgeren i centrum, samtidig med at sygeplejersker kan levere det sygeplejefaglige niveau, som opgaverne og borgerne kræver af dem.

Casekommunerne med monofaglig organisering fremsætter en sammenhæng mellem monofaglig organisering, monofagligt fællesskab og højt monofagligt niveau – og omvendt en sammenhæng mellem tværfaglig organisering og lav faglighed blandt sygeplejersker. For disse casekommuner udmønter hensynene sig derfor i et dilemma om, hvorvidt sygeplejerskers monofaglighed eller tværfagligt samarbejde er det væsentligste. Denne sammenhæng genfindes ikke i casekommunerne med tværfaglig organisering. Her er oplevelsen altså ikke, at tværfaglig organisering fører til lavere faglighed blandt sygeplejerskerne, men at sygeplejerskernes faglige udvikling og oplevede behov for monofagligt fællesskab bliver imødekommet igennem organisatoriske initiativer.

4.2 Muligheder for sygeplejerskers monofaglighed og tværfagligt samarbejde

Uagtet organiseringsform har hjemmeplejen og hjemmesygeplejen til opgave at sikre et højt fagligt niveau blandt såvel sygeplejersker som hjælpere og assistenter samt sikre tværfagligt samarbejde, idet borgerne har behov for begge dele – de har behov for høj kvalitet i den pleje og sygepleje, som hjælpere, assistenter og sygeplejersker leverer, ligesom de har behov for kontinuitet og tidlig opsporing i indsatsen, som sikres igennem tværfaglig sparring og vidensdeling.

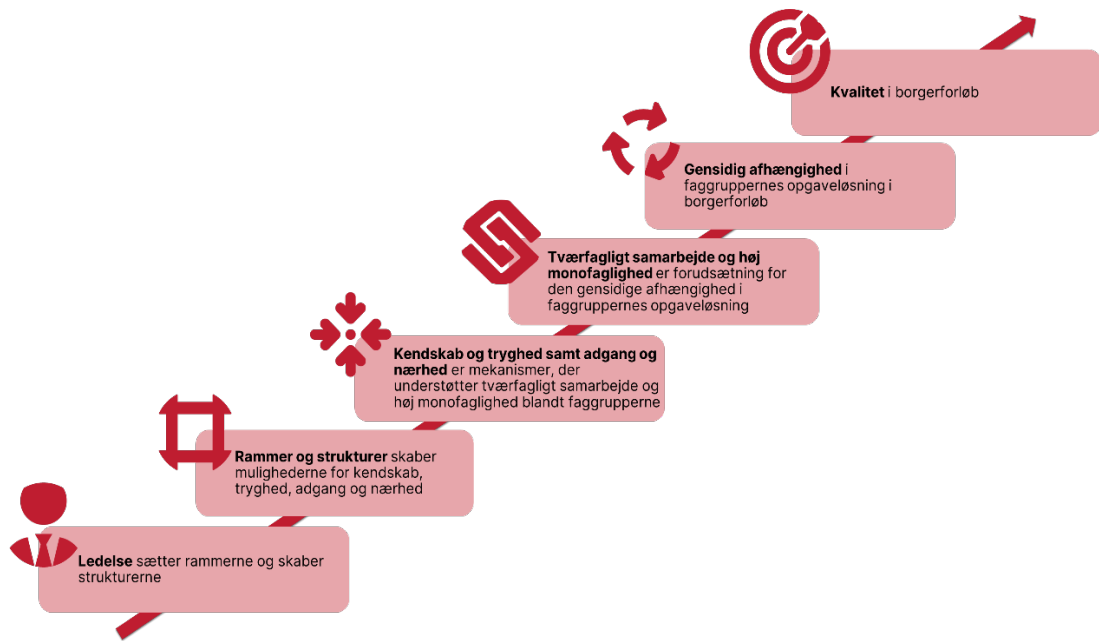
Analysen peger på, at både høj monofaglighed og velfungerende tværfagligt samarbejde hviler på følgende elementer: kendskab og tryghed samt adgang og nærhed. Sygeplejerskernes behov for monofagligt fællesskab imødekommes igennem adgang til et trygt

fællesskab og sparring med andre sygeplejersker i det daglige – både hjemmesygeplejersker og sygeplejersker med andre kompetencer fx akut- og specialistsygeplejersker – og via kompetenceudvikling, fx ved sygeplejersker på hospitalerne, der kan føre nye kompetencer og viden til hjemmesygeplejerskerne. Kendskab til sygeplejerskerne er forudsætning for, at hjælpere og assistenter føler sig trygge ved at kontakte sygeplejerskerne og dele deres observationer af borgerne med dem. Ligeledes er kendskab til hjælpere og assistenter en forudsætning for, at sygeplejerskerne ved, hvordan de skal reagere på deres observationer. Kendskab og tryghed er også centralt for, om sygeplejersker overdrager sygeplejeopgaver til hjælpere og assistenter. En forudsætning for, at faggrupperne kan sparre og vidensdele om borgerne, er adgang til hinanden. Analysen peger på, at hjælpere og assistenter har behov for telefonisk adgang til den sygeplejerske, der kender borgeren. De har også behov for uformelle anledninger til at mødes for at sparre ansigt til ansigt. En forudsætning for at kunne opbygge kendskab og tryghed er nærhed mellem faggrupperne.

Disse elementer etableres igennem strukturer og rammer. I analysen er mest centrale struktur for det tværfaglige samarbejde tværfaglige møder (fx triagemøder) mellem sygeplejersker, assistenter og hjælpere. Men udbyttet af møderne hviler på kendskab og tryghed mellem faggrupperne og sygeplejerskernes kendskab til de borgere, mødet omhandler. Samlokation skaber bedre rammer for kendskab og tryghed, når faggrupperne er organiseret under samme tag. Det øger adgangen og mindsker afstanden mellem faggrupperne, fordi det øger mulighederne for at mødes formelt og uformelt. Tilpasning af sygeplejens ruter, hvor en gruppe af sygeplejersker og en gruppe af hjælpere og assistenter kører i samme geografiske område (og dermed hos samme borgere), understøtter ligeledes mulighederne for at opbygge kendskab og tryghed igennem adgang til hinanden. Det skaber flere anledninger til at mødes, gør at hjælpere og assistenter ved, hvilken sygeplejerske de kan kontakte, samt at sygeplejerskerne har kendskab til borgerne og dermed et mere kvalificeret afsæt for at yde rådgivning og sparring til fælles borgere og til hjemmeplejens borgere.

Figur 4.1 illustrerer disse elementer, der bidrager til høj monofaglighed og tværfagligt samarbejde uagtet organiseringen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen:

Figur 4.1 Centrale elementer for at sikre høj faglighed og tværfagligt samarbejde i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen



Kilde: Egen tilvirkning.

Figur 4.1 viser målet om kvalitet i borgerforløbene og betingelsen omkring gensidig afhængighed i faggruppernes opgaveløsning. Forudsætningerne for den gensidige afhængighed er a) høj faglighed internt i faggrupperne og b) tværfagligt samarbejde mellem faggrupperne. Disse forudsætninger understøttes af mekanismerne kendskab og tryghed samt adgang og nærhed, der altså er yderligere forudsætninger for at skabe høj faglighed og tværfagligt samarbejde. Eksempler på konkrete organisatoriske initiativer, som skaber strukturer og rammer for at disse mekanismer er tilstede, er samlokation af sygeplejersker, assistenter og hjælpere, tilpasning af sygeplejens ruter med hjemmeplejens, tværfaglige møder og telefonadgang. Figuren viser ligeledes betydningen af ledelse, hvor ansvaret for at sikre rammerne og strukturerne ligger.

5 Perspektivering

Denne analyse har taget de første skridt mod at skabe viden om organiseringen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i Danmark og dermed danne et vidensgrundlag for kommunernes arbejde med organisering, faglighed og tværfagligt samarbejde. Analysen rejser også en række nye spørgsmål, som det er uden for rammerne af denne rapport at besvare.

Er der sammenhæng mellem organiseringsform og kvaliteten af plejen?

Interviewene indikerer dels, at monofaglig organisering skaber rammerne for høj kvalitet i leveringen af den sygepleje, sygeplejerskerne står for. Dels indikerer interviewene, at tværfaglig organisering skaber rammerne for høj samlet kvalitet i borgerforløbene, herunder en højere grad af kontinuitet og effektiv forebyggelse af indlæggelser i form af tidlig opsporing. Altså er der ifølge interviewpersonernes erfaringer og perspektiver sammenhæng mellem organiseringsform og forskellige kvalitetsparametre i plejen og sygeplejen. Der er dog ikke nogle kvantitative studier, som bakker op om disse oplevede sammenhænge. Spørgsmålet er indtil videre kun belyst i begrænset omfang i en dansk kontekst i form af en evaluering af et lokalt forsøg med selvstyrende teams hos en privat leverandør (Kjellberg, 2021). Det er ikke desto mindre vigtigt at søge besvaret for videre at styrke kommunernes vidensgrundlag for organiseringen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

Hvad er hjemmesygeplejerskens rolle?

I analysen kommer forskellige forståelser af hjemmesygeplejerskens rolle og kerneopgave til udtryk på tværs af de to organiseringsformer. Fælles er, at hjemmesygeplejerskens rolle gennemgående beskrives med ord som "forløbsleder", "sparringspartner" og "rådgiver på distancen" for hjælpere og assistenter. Det gælder også tidligere analyser (Vinge, 2017, Vinge & Kilsmark, 2009). Begreberne grundlæggende pleje og helhedssygepleje er praktisk talt fraværende i interviewene. Rollen beskrives heller ikke som udøver af sygepleje. Sygeplejerskerne virker snarere til at fjerne sig herfra ved at fokusere på varetagelsen af instrumentelt komplekse sygeplejeopgaver og ved ikke at tage del i plejen. Det kan skyldes, at de ikke oplever at have tid, men også et ønske om at trække en tydelig grænse til hjælpere og assistenter som "retmæssige" udførere af plejeopgaverne. Sygeplejerskerne har fyldte kørelister med mere eller mindre komplekse sygeplejeopgaver. Og som analysen viser, oplever nogle sygeplejersker et behov for at beskytte sig mod "servicering" og fokusere tiden på "kerneopgaven". Dette defineres ikke nærmere, men synes at være de 15-40 pct. af sygeplejen, som sygeplejerskerne selv leverer – og altså ikke rådgivningen af hjælpere og assistenter i forhold til deres observationer og levering af den resterende del af sygeplejen. I de tværfaglige organiseringer synes sygeplejerskernes rolle at være både rådgivere og udførere af (komplekse) sygeplejeopgaver. Disse forskelle får hjemmesygeplejerskens rolle til at fremstå uklar. Det er imidlertid væsentligt at få uddybet de umiddelbart forskellige konstruktioner og forståelser af hjemmesygeplejerskens rolle og kerneopgave(r) i praksis, og hvilke konsekvenser det har for sygeplejerskernes professionelle identitet.

Hvad er social- og sundhedsassistentens rolle?

På tværs af organiseringsformer peger interviewene på, at kommunernes formelle rammer (kompetencevurdering) for fordelingen af sygeplejeopgaver mellem faggrupperne er for snævre i forhold til assistenternes uddannelse og kompetencer inden for sygepleje. Oplevelsen er, at de formelle rammer for opgavefordelingen hæmmer optimal arbejdsdeling og fastholdelse og rekruttering af assistenter. Assistenternes opgaver ligger imellem hjælpere og sygeplejerskers opgaveområder, og således befinder de sig i bufferzonen mellem de to faggrupper. Dertil er assistentens rolle til forhandling i den enkelte kommune. Disse forhold får rollen til at fremstå uklar. Oplevelsen blandt assistenterne er også, at de i dag må udføre mindre sygepleje end tidligere. Det har som konsekvens, at de ikke oplever at anvende deres uddannelse i deres arbejde. Disse oplevelser genfindes i rapporten af Vinge og Topholm (2021). Denne oplevelse af "afvikling" i kompetencerne (i betydningen sygeplejeopgaver) sker på trods af en væsentlig udvikling i assistentuddannelsen, der i dag har en varighed på 3 år og 9 måneder, er rettet mod sygepleje, og som berettiger til autorisation. Nyuddannede assistenter har heller ikke længere først gennemført hjælperuddannelsen. Så hvad forklarer disse modsatte tendenser? Og hvordan anvender vi bedst muligt assistenternes kompetencer frem over?

Hvordan leder man monofaglighed og tværfaglighed?

Analysen peger ikke overraskende på, at der er behov for ledelse i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Nærmere bestemt er der behov for ledelse af monofaglighed og tværfaglighed på en og samme tid uagtet organiseringsform. Ledelsesopgaven synes at være kompleks, og studier af ledelse i ældreplejen er sparsomme. Nogle ledere i analysen peger på fordele ved integreret ledelse, og analysen peger på nogle fokusområder for ledelse i monofaglige og tværfaglige organiseringer respektivt. Generelt ved vi fra litteraturen om ledelsesspænd (antal medarbejdere pr. leder), at ledelsesspændet skal være mindre, når diversiteten i medarbejdersammensætning, geografisk spredning, ydelsesgrupper mv. stiger. Dette vil i denne sammenhæng også betyde, at ledere med en tværfaglig sammensætning – alt andet lige – skal have et mindre ledelsesspænd. Men analysen kan ikke sige mere om, hvordan ledelse af monofaglighed og tværfaglighed konkret bedrives i dagligdagen. Det skaber rum for yderligere analyse af ledelse i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

Hvordan foregår det tværfaglige samarbejde i praksis?

Analysen beskriver faggruppernes oplevelse af, hvordan det tværfaglige samarbejde foregår, herunder hvornår det går godt, og hvornår og hvorfor det er svært. De anvendte metoder afgrænser sig imidlertid fra at undersøge, hvordan det tværfaglige samarbejde foregår i praksis. For at forstå dette er der brug for dybdegående etnografiske studier af faggruppernes grænsedragningspraksisser, og hvordan disse praksisser påvirker faggruppernes roller og faglighed.

Litteratur

- Bendix, H.W., Digmann, A., Jørgensen, P. & Pedersen, K.M. 2017, *Ledelse i sundheds-væsenet - på hospitaler, i kommuner og i praksis*, Gyldendal Business, København.
- Børne- og Undervisningsministeriet 2016, *BEK nr. 1116 af 18/08/2016. Bekendtgørelse om erhvervsuddannelsen til social- og sundhedsassistent*, Børne- og Undervisningsministeriet, København.
- Dalsgaard, C.T., Foged, S.K. & Lemvigh, K. 2021, *Økonomisk styring af kommunalt leveret sygepleje. Inspiration til kommunerne*, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Dalsgaard, C.T., Kjærgaard, M. & Lemvigh, K. 2020, *Økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb – Inspiration til kommunerne*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- FOA 2012, *Strømninger i jobudviklingen inden for social- og sundhedsområdet*, FOA, København.
- Guðnadóttir, M., Björnsdóttir, K. & Jónsdóttir, S. 2018, "Perception of integrated practice in home care services", *Journal of integrated care (Brighton, England)*, vol. 27, no. 1, pp. 73-82.
- Kjellberg, P.K. 2021, *Forsøg med Buurtzorg-modellen i Ikast-Brande Kommune. Midtvejsevaluering af forsøg med Lokalpleje i Bording-Engesvang*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Kjellberg, P.K., Hauge-Helgestad, A., Madsen, M.H. & Rasmussen, S.R. 2013, *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*, Socialstyrelsen, Odense.
- KL 2013, *Organisering af hjemmesygeplejen. Notat den 26. marts 2013*, KL - Kommunernes Landsforening, København.
- Larsen, N. & Jakobsen, V. 2022, *Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder. Forundersøgelse af eksisterende viden*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G. 2016, "Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care", *Social Science & Medicine*, vol. 150, pp. 31-39.
- Mulvale, G., Embrett, M. & Razavi, S.D. 2016, "'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework", *BMC Family Practice*, vol. 17, no. 1, pp. 83-83.
- Petersen, A. 2017, *To distrikter – to forskellige former for sygepleje? – Et komparativt casestudie af hjemmesygeplejen i to distrikter*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

- Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Ardit, C., Hong, Q.N., Pluye, P., Peytremann-Bridevaux, I. & Gilles, I. 2021, "An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators", *International Journal of Integrated Care*, vol. 21, no. 2, pp. 32-32.
- Seaton, J., Jones, A., Johnston, C. & Francis, K. 2021, "Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review", *Journal of Interprofessional Care*, vol. 35, no. 2, pp. 217-228.
- Sundhedsstyrelsen 2017, *Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Anbefalinger til arbejdsgange og anvendelse af redskaber*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Vinge, S. 2017, *Kompleksitet i den kommunale sygepleje. En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Vinge, S. & Kilsmark, J. 2009, *Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling. Belyst via interviewundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker samt statistiske analyser af udviklingen på udvalgte somatiske områder*, Dansk Sundhedsinstitut, København.
- Vinge, S. & Topholm, E.H. 2021, *Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne – En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området*, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

Bilag 1 Deltagere

Bilagstabel 1.1 Analysens deltagere fordelt på casekommuner og faggrupper

Kommune	Ledelsesniveau 1	Ledelsesniveau 2 og 3	Sygeplejersker	Assistenter	Hjælpere	I alt
Casekommune 1: Monofaglig organisering	Fagchef for ældreområdet Fagchef for sundhedsområdet	Leder af sygepleje Områdeleder i hjemmeplejen Daglig leder i hjemmeplejen	3	2	2	12
Casekommune 2: Monofaglig organisering	Fagchef for sundheds- og ældreområdet	Leder af hjemmepleje 2 gruppeledere i hjemmeplejen Leder af sygepleje Gruppeleder i sygeplejen	3	2	2	13
Casekommune 3: Monofaglig organisering	Fagchef for sundheds- og ældreområdet	Leder af hjemme- og sygeplejen Leder af sygepleje Leder af hjemmeplejegruppe	1 udkørende 1 koordinerende sygeplejerske i hjemmeplejen 1 frafald	2	2	10
Casekommune 4: Tværfaglig organisering	-	Leder af hjemme- og sygeplejen 2 distriktsledere	2	2	2	9
Casekommune 5: Tværfaglig organisering	Fagchef for sundheds- og ældreområdet	2 distriktsledere 1 gruppeleder	2 1 frafald	1 1 (indeområdet)	2 1 frafald	10
I alt	5	17	12	10	10	54

Bilag 2 Interviewguides

Bilagstabel 2.1 Interviewguide til sygeplejersker

Sygeplejersker	
Tema	Spørgsmål
Introduktion	<p>Projektet og interviewer</p> <p>Optagelse, data, anonymitet</p> <p>Vil I starte med at introducere jer selv?</p> <p>Vil I starte med at fortælle om jeres case/borgerforløb?</p>
Rolle og faglighed	<p>Hvilken rolle havde I i jeres borgerforløb?</p> <p>Hvilke rolle havde SSA/SSH?</p> <p>Hvordan oplevede I, at I fik din faglighed i spil?</p> <p>Hvordan vil I beskrive jeres kernefaglighed som hjemmesygeplejersker?</p> <p>Hvad har man brug for for at være en dygtig hjemmesygeplejerske?</p> <p>Fra SSA/SSH?</p> <p>Fra hinanden? Fx betydningen af monofaglige møder</p> <p>Fra specialister?</p> <p>Fra leder?</p> <p>Hvornår er jeres arbejde utilfredsstillende? Hvornår oplever I ikke at gøre det så godt, som I gerne ville?</p>
Tværfagligt samarbejde	<p>Hvor ofte mødes I, eller snakker I sammen på tværs af faggrupper? Både formelt og uformelt</p> <p>I hvilke situationer arbejder I sammen på tværs af faggrupper?</p> <p>Hvad får I ud af at arbejde tættere sammen? Hvad får borgeren ud af det?</p> <p>Hvad skal der til, for at I kan arbejde mere sammen på tværs?</p>
Organiseringsform	<p>Hvilken betydning har den måde, I er organiseret på, for om I kan få jeres faglighed i spil i borgerforløbene og for den rolle, I har?</p> <p>Hvilke fordele oplever I ved den måde, I er organiseret på?</p> <p>Hvilke ulemper oplever I ved den måde, I er organiseret på?</p> <p>Hvad kan I gøre for at imødekomme de ulemper?</p> <p>Hvad kan jeres ledelse gøre for at imødekomme de ulemper?</p>
Andre organiseringsformer	<p>Hvad tænker I om at arbejde i en kommune med en adskilt/integreret sygepleje? Fordele? Ulemper?</p> <p>Hvad tænker I om at arbejde i mindre, tværfaglige teams?</p> <p>Har den måde, I er organiseret på, betydning for, hvor I søger ansættelse?</p> <p>Har den måde, I er organiseret på, betydning for fastholdelse blandt jer og jeres kolleger?</p>
Andet	Noget, vi ikke har været omkring?

Bilagstabel 2.2 Interviewguide til social- og sundhedsmedarbejdere

Social- og sundhedsmedarbejdere	
Tema	Spørgsmål
Introduktion	Projektet og interviewer Optagelse, data, anonymitet Vil I starte med at introducere jer selv? Vil I starte med at fortælle om jeres case/borgerforløb?
Rolle og faglighed	Hvilken rolle havde I i jeres borgerforløb? Hvilke rolle havde SPL/SSA/SSH? Hvordan oplevede I, at I fik jeres faglighed i spil? Hvad har I brug for fra SPL/SSA/SSH for at løse jeres opgaver bedst muligt? Hvornår er jeres arbejde utilfredsstillende? Hvornår oplever I ikke at gøre det så godt, som I gerne ville?
Tværfagligt samarbejde	Hvor ofte mødes I, eller snakker I sammen på tværs af faggrupper? Både formelt og uformelt I hvilke situationer arbejder I sammen på tværs af faggrupper? Hvad får I ud af at arbejde tættere sammen? Hvad får borgeren ud af det? Hvilken betydning har det for jeres arbejde, at I er tæt på sygeplejerskerne? Hvad skal der til, for at I kan arbejde mere sammen på tværs?
Organiseringsform	Hvilken betydning har den måde, I er organiseret på, for om I kan få jeres faglighed i spil i borgerforløbene? Hvilke fordele oplever I ved den måde, I er organiseret på? Hvilke ulemper oplever I ved den måde, I er organiseret på? Hvad kan I gøre for at imødekomme de ulemper? Hvad kan jeres ledelse gøre for at imødekomme de ulemper?
Andre organiseringsformer	Hvad tænker I om at arbejde i en kommune med en adskilt/integreret sygepleje? Fordele? Ulemper? Hvad tænker I om at arbejde i mindre, tværfaglige teams? Har den måde, I er organiseret på, betydning for, hvor I søger ansættelse? Har den måde, I er organiseret på, betydning for fastholdelse blandt jer og jeres kolleger?
Andet	Noget, vi ikke har været omkring?

Bilagstabel 2.3 Interviewguide til ledere

Ledere	
Tema	Spørgsmål
Introduktion	Introduktion til projektet Introduktion til interviewer Optagelse, deltagers anonymitet og data Vil I starte med at introducere jer selv?
Organiseringsform	Hvad er overvejelserne bag den måde, I har organiseret hjemmeplejen og sygeplejen? Evt. om de har omorganiseret for nylig Hvilken betydning har den lokale kontekst? Fx geografi og størrelse Hvilke hensyn kræver valg af organiseringsform? Fx øvrig organisering af sygepleje, økonomistyring ... Hvilke fordele oplever I ved den måde, I har organiseret jer på? Hvilke ulemper oplever I ved den måde, I har organiseret jer på? Hvordan forsøger I at imødekomme de ulemper helt konkret? Hvilken betydning har organiseringsform for: Faglighed Tværfagligt samarbejde Fastholdelse Hvis adskilt – hvad tænker I om at integrere? Hvad ser I som de største barrierer for integration? Hvilke muligheder ser I? Integrere på hvilket niveau?
Organisatoriske forhold	Eksempler på, hvad I gør for at fremme og udvikle: Fagligheden i sygeplejen? Fagligheden i hjemmeplejen? Tværfagligt samarbejde mellem sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere? Fastholdelse i sygeplejen Fastholdelse i hjemmeplejen Fx tværfaglige møder, monofaglige møder, borgerkonferencer, rolleafklaring ...
Andet	Noget, vi ikke har været omkring?

Bilag 3 Kodetemaer

Tema	Undertema
Casebeskrivelser	
Organisering	Casekommune 1 Casekommune 2 Casekommune 3 Casekommune 4 Casekommune 5
Hensyn ift. organiseringsform	Sygeplejerskers monofaglighed Adgang til specialistkompetencer Geografi Kontinuitet Tværfagligt samarbejde Kvalitet Borgeren i centrum Faglighed Fysiske rammer
Arbejdsglæde og fastholdelse	
Rekruttering	
Organisering af sygeplejen	Tilpasning af distrikter Specialistsygeplejersker Akutsygeplejersker
Teamstørrelse	
Betydningen af samlokation	
Betydningen af ledelse	Fælles ledelse Adskilt ledelse Faglig baggrund
Faggruppernes roller/kompetencer/kernefaglighed/rolleafklaring	Sygeplejersker Social- og sundhedsassistenter Social- og sundhedshjælpere Fremskudte sygeplejersker
Opgavefordeling/uddelegering	Økonomi som barriere Tid som barriere Planlægning som barriere Kendskab til kompetencer Formelle rammer som barriere
Betydningen af formel kommunikation	Dokumentation Sygeplejerskemøder Sygeplejerske-assistentmøder Assistent-hjælpermøder Tværfaglige møder/borgermøder/triagemøder Fælles besøg i borgers hjem Social- og sundhedsassistentmøder Social- og sundhedshjælpermøde
Betydningen af uformel kommunikation	Telefon

Tema	Undertema
	Ansigt til ansigt Frokost Adgang til sygeplejersker
Betydningen af relationer	Tryghed/tillid/respekt Personligt kendskab
Professioner og identiteter	Hierarki Ligeværd/mindreværd
Undervisning og faglig udvikling	

VIVÉ

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD