

Anne Petersen

To distrikter – to forskellige former for sygepleje?

Et komparativt casestudie af hjemmesygeplejen i to distrikter



To distrikter – to forskellige former for sygepleje? – Et komparativt casestudie af hjemmesygeplejen i to distrikter

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatteren, 2017

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

© Foto: Ricky John Molloy

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-938-0

Projekt: 11169

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

KORA ønsker at takke for at have fået mulighed for at undersøge sygeplejerskernes praksis i to distrikter i hjemmeplejen i Fredericia Kommune. Mange tidligere undersøgelser har fokuseret på, hvordan hjemmeplejerne arbejder, og ikke mindst, hvordan der er arbejdet med at indføre en rehabiliterende tilgang. Disse undersøgelser har bl.a. gentagne gange vist, at sygeplejerskerne har svært ved at finde deres rolle i det rehabiliterende arbejde, men de har hver gang stået i periferien i disse undersøgelser og har ikke været omdrejningspunktet. Det er de i denne undersøgelse.

Sygeplejerskernes arbejdsopgaver har været under forandring i flere år, og alt tyder på, at forandringen fortsætter. Der kommer flere ældre, som har behov for hjemmesygepleje, både fordi antallet af ældre øges, og fordi behandlingsteknologier og organiseringen af sygehusbehandling forandres. Flere ældre udskrives, mens de fx stadig har behov for forholdsvis kompliceret sygepleje eller har komplicerede kroniske tilstande, og disse opgaver tilfalder hjemmesygeplejerskerne. En potentiel måde at håndtere sygeplejerskernes øgede arbejdspress på er, at flere ukomplicerede sygeplejeopgaver skal uddelegeres til hjemmeplejerne.

Fredericia Kommune har derfor bedt KORA om at foretage en udforskende undersøgelse af hjemmesygeplejerskernes arbejde. Det betyder, at undersøgelsen i høj grad beskriver, hvordan hjemmesygeplejerskernes arbejdsdag er struktureret, og hvordan de oplever den, samt herunder et særligt fokus på, hvordan sygeplejerskerne forstår og praktiserer en rehabiliterende tilgang, uddelegering til hjemmeplejerne samt selvvisiteringen af sygeplejeydelser.

Undersøgelsen belyser:

- Hvordan hverdagen i de to distrikter er organiseret og fungerer
- Borgernes veje til sygeplejerskerne, og hvordan sygeplejerskerne agerer på indkomne borgere
- Hvordan sygeplejerskerne arbejder med borgerne med fokus på,
 - hvordan og hvorvidt de arbejder rehabiliterende
 - hvordan de praktiserer uddelegering til plejerne, herunder hvad der fremmer henholdsvis hindrer uddelegering
- Hvordan sygeplejerskerne praktiserer selvvisitering til sygeplejeydelser og registrering af ydelser.

Undersøgelsen er foretaget af projektleder Anne Petersen, som ønsker at takke sygeplejerskerne såvel som de øvrige deltagere i undersøgelsen for et godt samarbejde.

Anne Petersen
Februar 2017

Indhold

Resumé	6
1 Er to distrikter lig to forskellige tilbud?	9
2 De to distrikter på papiret	11
2.1.1 D-gl som tal, geografi og hus	11
2.1.2 D-ny som tal, geografi og hus	12
2.2 Sygeplejerskernes opgaver	13
3 Metode	14
3.1 Empirien	14
3.2 Analyserne	15
4 Hverdagen i de to distrikter	17
4.1 Hverdagen i distrikterne både ligner og ligner ikke hinanden	17
4.1.1 Før arbejdsdagen formelt begynder	17
4.1.2 Arbejdsdagens første kvarter	18
4.1.3 Morgenens møde med de andre sygeplejersker	19
4.1.4 Struktureringen af formiddagens borgerbesøg	21
4.1.5 Frokost og Runde	22
4.2 Opsamling	24
5 Mødefora og mødeledelse	26
5.1 Sygeplejemødet	26
5.2 Det ugentlige sygeplejefaglige møde	26
5.3 Fredagsfrokosten i D-gl	26
5.4 Det ugentlige tre-trins-møde i D-ny	27
5.5 Tilfredsheden med møderne	28
5.6 Opsamling	29
6 Ledelsen af distrikterne	31
6.1 Opsamling	33
7 Borgerens vej til sygepleje	34
7.1 Vejen gennem det administrative system	34
7.2 Mødet med <i>den beskrevne borger</i>	34
7.2.1 Borgeren, der kommer til sygeplejersken gennem kollegial sparring	34
7.2.2 Borgeren, der 'mødes' gennem en elektronisk platform	36
7.3 Opsamling	37
8 Rehabilitering i sygeplejen	39
8.1 Sygeplejerskernes opfattelse af, hvad rehabilitering er	39
8.2 Hvornår giver rehabilitering mening?	41
8.3 Hvordan får man en borger med på rehabilitering?	41
8.4 Travlheden i hverdagen	43

8.5	Har borgeren først prøvet kompenserende, så.....	44
8.6	Sygeplejerskernes oplevelse af systemet som en barriere	45
8.7	Hvor langt skal man gå for at få borgeren til at modtage hjælp?	46
8.8	Den kompenserende tilgang.....	47
8.9	Opsamling.....	48
9	Uddelegering til plejerne	50
9.1	Uddelegering i en teamorganisering.....	50
9.2	Kontrollen med, hvem der overtager opgaven.....	51
9.3	Sygeplejerskernes tillid til plejernes kompetencer	53
9.4	Barrierer for uddelegering fra sygeplejersker til plejere	54
9.5	Opsamling.....	56
10	Selvvisitering og registrering af arbejdet	58
10.1	Selvvisiteringen og tildeling af tid.....	58
10.2	At advisere praksislægen... ..	59
10.3	De borgermøder, der ikke rigtig passer ind.....	59
10.4	Dem og det, der ikke er på kørelisten... ..	63
10.5	Opsamling.....	64
11	Diskussion	66
11.1	Opsummering af fundene	66
11.2	Opgavemængden er forskellig i de to distrikter.....	68
11.3	Forståelsen af rehabilitering.....	68
11.4	Risikovurdering som redskab	69
11.5	Legitimering og betydningen for praksis	69
11.6	Hvad kan vi lære af D-ny og D-gl?.....	70
12	Konklusion og anbefalinger	73
	Litteratur	75

Resumé

Introduktion: Hjemmeplejeområdet har allerede været i forandring i en årrække. Med rehabiliteringstankens indtog og gennemførelse af en række evalueringer, er blandt andet plejepersonalets omstilling til den nye praksis undersøgt. Hjemmesygeplejens tilgang har dog oftest kun været et appendiks i disse undersøgelser, og der har fx ikke været fokus på sygeplejerskernes hverdagspraksis, omstilling til den rehabiliterende tilgang eller uddelegering af sygeplejefaglige opgaver til plejepersonalet. Sidstnævnte er særligt relevant, når udviklinger inden for behandlingsteknologi og hospitalsdrift tages i betragtning, hvor nye teknologier og korte indlæggelser samt mere ambulante behandling, fører andre og nye opgaver ud i hjemmesygeplejen. Med denne rapport præsenteres en undersøgelse, der har hjemmesygeplejen i fokus, og går tæt på sygeplejerskernes hverdagspraksis.

Undersøgelsen finder sted i to distrikter i Fredericia Kommune, der i rapporten benævnes D-gl og D-ny. Hjemmesygeplejen er integreret i hjemmeplejen, og medarbejderne er fordelt i mindre team, der varetager ydelser efter service- og sundhedsloven til borgerne i afgrænsede geografiske områder. D-gl havde været teamorganiseret i 3,5 år og D-ny 0,5 år ved undersøgelsestidspunktet i efteråret 2016. I D-gl er der én leder af distriktet, i D-ny er der to, én for sygeplejerskerne og én for de medarbejdere, der varetager hjemmeplejeydelserne, primært social- og sundhedsassistenter samt -hjælpere, som i rapporten har samlebetegnelsen plejerne.

Undersøgelsen giver svar på:

- Hvordan hverdagen i de to distrikter er organiseret og fungerer
- Borgernes veje til sygeplejerskerne, og hvordan sygeplejerskerne agerer på indkomne borgere
- Hvordan sygeplejerskerne arbejder med borgerne med fokus på,
 - hvordan og hvorvidt de arbejder rehabiliterende
 - hvordan de praktiserer uddelegering til plejerne, herunder hvad der fremmer henholdsvis hindrer uddelegering
- Hvordan sygeplejerskerne praktiserer selvvisitering til sygeplejeydelser og registrering af ydelser.

Metode: Undersøgelsen er baseret på fire observationsdage, fem fokusgruppeinterview (to med sygeplejersker, to med plejere og et med planlæggere) og tre enkeltpersoninterview med ledere samt skriftligt materiale stillet til rådighed af Fredericia Kommune.

Fund: Undersøgelsen viser, at hverdagen i de to distrikter ligner hinanden på papiret, men at der er forskelle i den daglige praksis.

I D-gl er stemningen mere afslappet end i D-ny. I D-gl tages der tid til sygeplejefaglig sparring, mens der i D-ny er en disput om legitimiteten af, at sygeplejerskerne mødes monofagligt, mellem sygeplejerskerne og deres leder på den ene side, og plejerne og deres leder på den anden. I D-gl var de ved deres omorganisering i 2013 også igennem en periode, hvor kun teambaserede møder var velsete, men lederen erfarede, at tværfaglige såvel som monofaglige møder er nødvendige for at skabe et godt arbejdsmiljø og kompetenceudvikling.

Hverdagen formes bl.a. ud fra køreplanerne, som sygeplejerskerne selv tilrettelægger. Nogle følger dem mere slavisk end andre. Hvad der afgør, hvordan de følger den, er et hensyn til

dem selv, dvs. deres dag skal være god, såvel som til borgeren, der ikke må opleve sig dårligt behandlet.

Sygeplejerskernes forståelse af rehabilitering er minimering af sygeplejerskens opgaver og afslutning af forløb, og i mindre grad at tage udgangspunkt i borgerens liv, mål og motivation. Når sygeplejerskerne afgør, om og i givet fald hvilke dele af en opgave, en borger kan varetage, er det på baggrund af en vurdering af konsekvenserne, hvis borgeren ikke magter opgaven. Hvordan de arbejder med at motivere borgeren til at varetage opgaver, afhænger af deres opfattelse af borgeren og dennes situation. Strukturelle forhold begrænser sygeplejerskernes muligheder for at overdrage opgaver til borgeren, fx at apoteket skal udlevere det billigste produkt, hvorfor produkterne skifter, og borgerne ikke kan opøve kendskab til deres medicin. Om de oplever det legitimt at stoppe motiveringsarbejdet af en borger, der modsætter sig behandling, afhænger bl.a. af vurderinger af borgerens kognitive funktionsniveau og risici ved manglende behandling.

Teamorganiseringen medfører, at sygeplejerskerne får indsigt i plejernes kompetencer. Især sygeplejerskerne i D-gl har mulighed for at anvende deres indsigt ved uddelegering, fordi de oplever at have indflydelse på, hvilke plejere der kommer til at varetage opgaven.

Sygeplejerskerne i D-ny har varierende tiltro til plejernes kompetencer. For at bringe klarhed over plejernes kompetenceniveau anvendes redskabet Kompetenceskema. Der er forskellige måder at arbejde med skemaet på, og alt efter, hvilken måde man anvender, mindsker eller højner det redskabets legitimitet. Uagtet legitimiteten anvender flere sygeplejersker det dog ikke ved uddelegering.

Gennem den daglige sparring bliver sygeplejerskerne bekendt med de borgere, plejerne vurderer, har behov for sygeplejefaglige ydelser. Fordi sygeplejerskerne kender plejerne og deres 'bekymringsniveau', kan de navigere i, om der er behov for at besøge borgeren og vurdere problematikken. Det er fx ikke muligt for borgere, der modtager pleje fra private leverandører, der også varetager uddelegerede sygeplejeydelser, men som sygeplejerskerne ikke kender så godt som kollegerne i deres team.

Der er forskellige barrierer for, at sygeplejerskerne uddelegerer ydelser, fx manglende kontrol med, hvilke plejere der overtager opgaven. Herudover også, at mange plejere deles om opgaver, hvorved et vigtigt arbejdsredskab, *sammenhængende observationer af borgerens sygeplejefaglige problematik*, går tabt, samt at sygeplejerskerne oplever, at plejerne ikke formår at observere, hvordan problematikken influerer på hinanden. Endelig oplever sygeplejerskerne det både positivt og negativt, at de kan sikre, at opgaver vender retur til dem, hvis der ikke er kompetente plejere på arbejde en given dag. Positivt, fordi de kan sikre, at opgaven varetages kompetent. Negativt, fordi de aldrig ved, om opgaver vender tilbage, og de pludselig står med en overbooket køreliste.

Kvaliteten af de informationer, sygeplejerskerne modtager fra praksislæger og hospitaler, varierer meget. Det besværliggør opstarten af forløb, hvor de fx må aflægge borgere besøg for blot at blive klar over problemstillingen.

Sygeplejerskerne er selvvisiterende og fastlægger således selv, hvilken ydelse borgerne skal have, og hvilken tid det tager at udføre den. De registrerer ydelserne så specifikt som muligt, men de har opgaver, der ikke er dækket af ydelseskataloget, ligesom der er småopgaver i forbindelse med besøg og opringninger, der falder under mange forskellige ydelser. I stedet for at registrere disse specifikt anvendes kategorier som *opfølgning*, og *koordinering* som 'black box'es' til at dække over sådanne forskelligartede opgaver. Det er nemlig uden betydning for borgeren, om det registreres meget specifikt, og den mere generelle registrering tjener fint sit formål med at vise, at sygeplejerskerne anvender deres tid borgerrelateret.

Sygeplejerskerne varetager også opgaver, der ligger i periferien af, hvad der ifølge dem selv rimeligvis kan anses for at være sygeplejefaglige opgaver. Når sådanne opgaver modtages, er det ud fra en vurdering af, at sygeplejerskerne selv, alt andet lige, er de bedst egnede til at løse dem, og en vurdering af risikoen for borgerne, hvis de ikke påtager sig opgaven: hvor stort et funktionstab risikeres der? Sygeplejerskerne accepterer i udgangspunktet ikke funktionstab.

Lederne oplever, at teamorganiseringen fremmer mulighederne for en mere praksisnær ledelse. Det delte lederskab i D-ny skaber gnidninger i hverdagen, hvor sygeplejerskerne modtager modsatrettede messinger fra de to ledere, og selvom de entydigt hører under én leder, har den anden leders ord også vægt og affejes ikke blot.

1 Er to distrikter lig to forskellige tilbud?

Hjemmesygeplejerskernes arbejdsområde er under forandring. Opgavemængden såvel som opgaverne ændres, og udviklingen tegner til at fortsætte i fremtiden. Det kan både være i forhold til sygeplejerskernes 'kendte opgaver', såvel som at nye organiseringsformer med fx korte hospitalsindlæggelser og nye behandlingsteknologier fører til nye opgaver inden for klinisk pleje, koordinering og logistik, information og vejledning til borgere og pårørende, samt psykosocial støtte ud i hjemmesygeplejen¹⁻⁴. Med den eksisterende organisering af hjemmesygeplejen i Danmark tegner en større uddelegering af sygeplejeopgaver til plejegruppen sig som en løsning, og det bringer bl.a. samarbejdet mellem hjemmepleje og hjemmesygeplejersker i fokus. Hvornår og hvordan uddelegerer sygeplejersker opgaver? Hvad holder dem evt. tilbage?

Fredericia har ad flere omgange fået undersøgt praksis i plejegruppen, men har ikke haft særskilt fokus på sygeplejerskernes praksis. Der rejser sig derfor en række spørgsmål:

Hvor meget ligner sygeplejerskernes daglige organisering og praksis hinanden på tværs af de to distrikter? Hvad sker der i forløbet fra borgerne ankommer indtil deres forløb afsluttes? Hvilke opgaver varetager sygeplejerskerne i hverdagen, og hvilke opgaver uddelegeres til plejerne? Hvornår i forløbet gør de det?

Fredericia ønsker indsigt i disse forhold, for at kunne videreudvikle Plejen. Både i forhold til sygeplejerskernes praksis og i samarbejdet mellem hjemmeplejere og sygeplejersker.

Hjemmesygeplejen og hjemmeplejen i Fredericia Kommune er delt op i distrikter, som igen er delt i team, bestående af *sygeplejersker* og *plejere*. I denne rapport anvendes samlebetegnelsen *plejere* for medarbejderne ansat til at udføre praktisk hjælp og personlig pleje, fx social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Da Fredericia bestilte undersøgelsen hos KORA, var de to distrikter forskelligt organiseret. I D-ny var sygeplejerskerne et team for sig og således ikke integreret med hjemmeplejen. Inden undersøgelsen foretages, er dette dog ændret, og D-ny omorganiseres i maj, hvor sygeplejerskerne og plejerne samles i mindre team i distriktet. Det var således oprindeligt tænkt, at to forskellige organiseringer skulle sammenlignes. I stedet sammenlignes et distrikt, der har været teamorganiseret i 3,5 år med et, der i knap et halvt år, inklusive sommerperioden, har været teamorganiseret.

Fredericia Kommune har bedt KORA foretage en undersøgelse, der belyser, hvordan dag-sygeplejerskerne i to distrikter arbejder, og herunder fokusere på, hvorvidt og hvordan de praktiserer en rehabiliterende tilgang.

For at bibringe den ønskede indsigt, har vi således forsøgt at skabe indsigt i to væsentlige forhold: Hvordan sygeplejerskerne arbejder, og hvordan samarbejdsfladen til plejerne fungerer. Det gør vi ved at belyse:

1. Hvordan hverdagen i de to distrikter er organiseret og fungerer
2. Borgernes veje til sygeplejerskerne, og hvordan sygeplejerskerne agerer på indkomne borgere
3. Hvordan sygeplejerskerne arbejder med borgerne med fokus på,
 - a. hvordan og hvorvidt de arbejder rehabiliterende
 - b. hvordan de praktiserer uddelegering til plejerne, herunder hvad der fremmer henholdsvis hindrer uddelegering
4. Hvordan sygeplejerskerne praktiserer selvvisitering til sygeplejeydelser og registrering af disse.

Efter i dette kapitel at have introduceret undersøgelsen, introduceres i kapitel 2 de to distrikter, som de tager sig ud 'på papir'. Denne indsigt er god at have, førend undersøgelsens metode præsenteres i kapitel 3 og undersøgelsens fund i de efterfølgende kapitler.

2 De to distrikter på papiret

De to distrikter er tværfagligt teambaserede. Det vil sige, at sygeplejen og hjemmeplejen er blandet i team, på en måde, hvor der er fx to-tre sygeplejersker i hvert team, som herudover fx omfatter tre social- og sundhedsassistenter og syv social- og sundhedshjælpere.

Det ene distrikt, som jeg betegner D-gl, har 3,5 års erfaring med den tværfaglige teamorganisering, mens det andet, jeg vælger at kalde D-ny, blev omorganiseret i maj 2016. Før da var sygeplejerskerne et selvstændigt team, der varetog sygeplejeopgaverne på tværs af plejeteamene. Det vil i realiteten sige, at den nye teambaserede organisering kun var et par måneder gammel før empiriindsamlingen til undersøgelsen blev foretaget i august-oktober 2016, for en sommerperiode gående fra juni til og med august sætter sine begrænsninger på implementeringsarbejdet, pointerer interviewpersonerne. Erfaringerne med teambaseringen i D-ny er altså spæde, og de må stadig antages at være prægede af de 'børnesygdomme', der oftest følger med en omorganisering: usikkerhed og forhandlinger om den rette måde at gøre arbejdet på.

De følgende to afsnit giver et billede af de to distrikter, som de tager sig ud i tal, med ord tilknyttet distrikternes geografi og 'huset', hvor Plejen i distriktet hører til.

2.1.1 D-gl som tal, geografi og hus

Tabel 2.1 nedenfor viser den formelle organisering af D-gl. Der er én distriktsleder for den samlede medarbejdergruppe, som er fordelt på tre team, og med tværgående funktioner i form af en akutsygeplejerske, terapeut og planlæggere.

I distriktet er der således 27,9 borgere, som modtager sygeplejeydelser pr. sygeplejerske, studerende er ikke medberegnet.

Distriktet dækker både land og by – dvs. der er cykelruter såvel som bilruter med forholdsvis lange afstande mellem borgerne og fra borgerne til distriktets base. Transporttid er således en væsentlig faktor i den daglige logistik for nogle sygeplejersker.

Teamene i D-gl holder til i hver deres rum. Et stort bord i midten er centrum i rummet, og langs vinduerne er der placeret et antal computere fx to styks, hvorfra sygeplejerskerne såvel som plejegruppen varetager dokumentationen, ligesom de fx læser advis'er og orienterer sig i borgersager. Der er i D-gl således ingen fysisk adskillelse af de medarbejdere, der arbejder ved computerne, og de der fx drøfter faglige eller logistiske problematikker og/eller spiser frokost. Det er der i D-ny, som beskrives i det næste afsnit.

Tabel 2.1 D-gl i tal og ord

D-gl	Team 1	Team 2	Team 3
Geografi	Lejeboliger, rækkehuse, og parcelhuse	Etagebyggeri, to bofællesskaber, rækkehuse, parcelhuse	Landdistrikt med parcelhuse, villaer, fiskerlejehuse, rækkehuse
Borgere tilknyttet plejegruppen	56 borgere i frit valg	57 borgere i frit valg	71 borgere i frit valg
Borgere tilknyttet sygeplejerskerne*	223****		
Borgere tildelt sygeplejeydelser, der er uddelegeret til social- og sundhedsassistenter**	25		
Terapeuter	1		
TR	1		
Planlæggere	3		
Akutsygeplejersker	2		
Sygeplejersker	3 + 1 studerende***	2	3
Social- og sundhedsassistenter	3 + 1 elev	3 + 1 elev	3 + 1 elev
Social- og sundhedshjælpere	6 + 1 elev	8 + 1 elev	9 + 1 elev
Rengøringsassistenter	1	1	1
Husassistenter	1		

Noter: Opgørelserne af borgere og personale er antallet af 'hoveder' og angiver for borgerne således intet om, hvor mange ressourcer varetagelsen af ydelserne optager, og for personalet ikke, hvor mange årsværk der er i de forskellige personalegrupper.

* Varetagelsen af opgaver i forbindelse med disse borgere kan være uddelegeret til fritvalg ass/ssh kompetencer.

** Disse borgere er tilknyttet sygeplejen.

*** Til hver tid en studerende tilknyttet et af de tre team.

**** I D-gl er borger tilknyttet sygeplejegruppen og social- og sundhedsassistentgruppen ikke teknisk fordelt på det enkelte team, men på hele vagtplangruppen. Det vil sige, at de tilknyttes geografisk og manuelt til det enkelte team, derfor er antallet af borgere et samlet antal.

Kilde: Fredericia Kommune

2.1.2 D-ny som tal, geografi og hus

Som for D-gl i det foregående afsnit, giver Tabel 2.2 herunder et indblik i den formelle organisering af D-ny. Her er der imidlertid to distriktsledere med faglig baggrund som henholdsvis sygeplejerske og social- og sundhedsassistent og med lederansvaret for henholdsvis sygeplejerskerne og plejerne. Faggrupperne har således monofaglig ledelsesreference, og de enkelte team har ikke samlet ledelse for alle medarbejdere. Distriktet er opdelt i fire team med tværgående funktioner i form af en akutsygeplejerske og planlæggere samt terapeut.

I distriktet er der således 39,3 borgere, der modtager sygeplejeydelser pr. sygeplejerske, studerende er ikke medberegnet.

Også D-ny omfatter både land og by, bil- og cykelruter, og også her spiller transporttid ind i den daglige logistik.

Tabel 2.2 D-ny i tal og ord

D-ny	Team A	Team B	Team C	Team D
Geografi	Ældreboliger, villaområder og landdistrikt	Lidt højhuse, lidt parcelhuskvarter, lidt socialt boligbyggeri	Ghetto, kommunale boliger, opland og parcelhuskvarterer	Højhuse og parcelhuskvarter/villavej
Borgere tilknyttet plejegruppen	60 borgere i frit valg	102 borgere i frit valg	93 borgere i frit valg	112 borgere i frit valg
Borgere tilknyttet sygeplejerskerne	74	98	125	135
Terapeuter	1			
Planlæggere	1		1	
Akutsygeplejersker	2			
Sygeplejersker	3	2	3	3
Social- og sundhedsassistenter	2 + 1 tværgående	3 + 1 tværgående	3 + 1 tværgående	3 + 1 elev
Social- og sundhedshjælpere	9 + 1 elev	10 + 1 elev	10 + 1 elev	8 + 1 elev
Husassistenter	3		3	

Note: Opgørelserne af borgere og personale er antallet af 'hoveder' og angiver for borgerne således intet om, hvor mange ressourcer varetagelsen af ydelserne optager, og for personalet ikke, hvor mange årsværk der er i de forskellige personalegrupper.

Kilde: Fredericia Kommune

D-ny holder til i et hus, hvor også kommunens aftenvagter og nathold, palliationssygeplejersker og hygiejnesygeplejersker holder til. Det betyder blandt andet, at medarbejderne har mulighed for at møde hinanden ved vagtskifte og give face-to-face overleveringer.

Hvert team har sit rum, der primært fyldes ud af et stort bord. I den ene ende skærmer mobile vægge af for computerne, fx fire styk. Som i D-gl varetager sygeplejerskerne såvel som plejerne dokumentationen, læser adviser og orienterer sig i borgersager fra dette rum. Når de arbejder ved computerne, er de således visuelt adskilt fra, hvad der sker omkring bordet, men lydene når forbi de mobile vægge. Ved en uformel regel har sygeplejerskerne deres egne faste computere, og social- og sundhedsassistenterne har de resterende.

2.2 Sygeplejerskernes opgaver

Sygeplejerskerne har ansvaret for opgaver, der hører under § 138 i Sundhedsloven, mens opgaver under Serviceloven hører under plejerne.

Sygeplejerskerne kan uddelegere opgaver til plejerne, primært social- og sundhedsassistenterne. Hvilke opgaver, de kan uddelegere, og hvordan, er bl.a. overskueliggjort i et dokument i kommunen. For eksempel kan sygeplejerskerne uddelegere stort set alle medicineringsopgaver til social- og sundhedsassistenter. Opgaver kan uddelegeres, når de har et *stabilitets*element i sig – dvs. de kører stabilt og er rutineprægede. Herudover er der opgaver (6 ud af 31), social- og sundhedsassistenterne kun må varetage, hvis en sygeplejerske uddelegerer opgaven til dem personligt, eller det aftales i samråd med sygeplejersker. Social- og sundhedshjælperne må kun varetage et mindre antal medicin håndteringsopgaver (13 ud af 33), og i syv tilfælde skal det være efter aftale med en sygeplejerske.

Efter dette overordnede indblik i de to distrikter, giver kapitel 3 indblik i undersøgelsens metoder.

3 Metode

Dette kapitel giver indblik i undersøgelsens tilbliven. Hvilken empiri er den baseret på, og hvordan er den indsamlet. Afslutningsvis følger en læsevejledning.

3.1 Empirien

Undersøgelsen er baseret på observationer af praksis i de to distrikter, fokusgruppeinterview med medarbejdere og enkeltpersoninterview med ledere i efteråret 2016.

Observationerne blev afholdt over fire dage, to dage i hvert distrikt. Hver observationsdag blev en dagsygeplejerske i vagt fulgt fra ca. kl. 7 til kl. 15. Sygeplejerskerne blev fulgt rundt og observeret som 'fluen på væggen', dvs. fra en passende afstand, når sygeplejersken interagerede med borgerne. Observatøren blev enkelte gange af sygeplejersken bedt om at hente noget i bilen. Observatøren interagerede venligt med borgerne, men tog ikke selv initiativ til samtaler med dem. Nogle borgere tog dog initiativ til samtale. Her responderede observatøren venligt og imødekommende. Formålet var, at observatørens tilstedeværelse ikke var ubehagelig for borgeren. Observatøren tog noter undervejs, som jeg gennemarbejdede umiddelbart efter observationsdagene.

Interviewene blev afholdt over to dage i alt, som illustreret i tabellen nedenfor.

Tablet 3.1 Oversigt over de afholdte interview

Tidsrum	Dag 1	Dag 2
8-9.30	Leder for sygeplejerskerne, D-ny	Leder for D-gl
9.30-11.15	8 social- og sundhedsassistenter samt -hjælpere, D-gl	Leder for plejegruppen, D-ny
11.30-13.15	6 Sygeplejersker, D-gl	8 social- og sundhedsassistenter samt -hjælpere, D-ny
13.15-15	6 Planlæggere, tværgående	6 Sygeplejersker, D-ny

Som det fremgår af tabellen ovenfor, blev der afholdt fokusgruppeinterview med de forskellige faggrupper og enkeltpersoninterview med de tre ledere. Baggrunden for dette var at man med fokusgruppeinterviewene ønskede, at interviewpersonerne skulle sætte tanker i gang hos hinanden og nuancere hinandens erfaringer. Fokusgrupperne blev opdelt på funktion, fordi der med organisationsforandringerne i D-ny var opstået nye samarbejdsflader mellem sygeplejerskerne og plejerne. Hensigten var, at interviewene skulle være et åbent rum, hvor de kunne tale frit om deres oplevelser af disse forandringer. Med enkeltpersoninterviewene var der mulighed for at gå i dybden med aspekter og tanker, der måtte knytte sig til de forskellige lederstillinger.

Interviewene var alle bygget over samme læst. Med udgangspunkt i observationerne tegnede interviewer en tidslinje af sygeplejerskernes arbejdsdag, og alle elementerne blev gennemgået sammen med interviewpersonerne, naturligvis tilpasset deres involvering i sygeplejerskernes dag. For plejerne betød dette fx fokus på de daglige tidsrum og fora, hvor de interagerer med sygeplejerskerne, mens det for lederne betød et fokus på dagens forskellige elementer, såvel som deres ledelsesmæssige tanker om elementernes funktioner. Hvad skal fx et

morgenmøde bidrage til, hvordan etc. Udover at spørge ind til de enkelte elementer, blev der også spurgt til deres tanker om praksis og samarbejde i organisationen.

Hvert interview er blevet fuldt transskriberet som grundlag for analysen.

3.2 Analyserne

Observationerne og interviewene er blevet analyseret med udgangspunkt i undersøgelses-spørgsmålene. Hvert interview er gennemgået med fokus på, hvad de fortæller om spørgsmålene, og herefter ordnet og fremstillet i rapporten.

'Hverdagen i distrikterne' og 'borgerens vej gennem sygepleje' er nedbrudt i enkeltdele for at belyse organiseringen og praksis samt interviewpersonernes og de observerede sygeplejerskers tanker om organiseringen og deres praksis. Hertil lægges analyser af betydningen af en given praksis. For eksempel hvilke barrierer der ligger i en praksis for at arbejde rehabiliterende, eller hvilke barrierer der ligger, for at sygeplejerskerne uddelegerer mere.

Som en del af analyserne har fokus været på, hvordan informanterne skaber legitimitet om deres praksis eller opfattelse af, hvordan praksis burde være, og fx delegitimerer andres praksis. De analyser er inspireret af begreberne hverdagslogikker samt legitimering og delegitimering i organisationer, se ^{5,6}. Begrebet hverdagslogikker er hentet fra den ny-institutionelle organisationsteori, og en hverdagslogik er en samlebetegnelse for de praksisser, man gør, og de antagelser, overbevisninger, værdier og regler, der knytter sig til praksisserne. Når man står i en given situation, foretager man en mere eller mindre bevidst analyse af, hvad der sker: Man antager fx en årsagssammenhæng, er overbevist om, hvad der er det rette at gøre i en sådan situation, og denne overbevisning er formet af værdier og regler i organisationen.

Legitimitet og meningsfuldhed har en stærk organiserende kraft. Medarbejdere gør i videst muligt omfang, hvad de gør, fordi de finder det meningsfuldt, og det kan aflæses i deres argumentationer. For eksempel når sygeplejersker tager deres fritid i anvendelse som arbejdstid, fordi de ellers risikerer, at en borger ikke får den fornødne hjælp rettidigt. Det kan ses som en moralsk legitimering. Det er det rette at gøre, for det er ikke rimeligt, at organisatoriske forhold, såsom arbejdspress, skal gå ud over borgeren, synes værdien hos sygeplejerskerne at sige.

Når sådanne legitimeringer af egen praksis, eller delegitimeringer af andres praksis beskrives, er det, fordi de giver viden om, hvordan man kan arbejde med at forandre praksis. Begrunder sygeplejerskerne fx en given praksis med et moralsk argument, er det den forståelse, der skal arbejdes ind, hvis praksis skal ændres. Det vil med andre ord næppe forandre meget at fortælle sygeplejerskerne, at det er helt legitimt og rationelt, at de kun skal arbejde inden for den formelle arbejdstid, for andet får de ikke løn for. Dette pragmatiske argument kender de uden tvivl godt, men det ville være illegitimt at praktisere, for det vil 'gå ud over borgeren'. Skulle man ønske at begrænse sygeplejerskernes arbejdstid til den formelle uden at bruge et autoritativt argument, som at det alene er dét, de må, bliver man nødt til at tage bestik af deres begrundelse for at tage fritid i brug og give dem muligheder for at *gøre det rette over for borgeren* inden for den formelle arbejdstid.

Undersøgelsens opdrag var at sammenligne de to distrikter. Observationerne og analyserne viste dog, at der er mange sammenfald mellem distrikterne. De er organiseret ens, om end med forskellig erfaring i den teambaserede organisationsform, og arbejdspraksis er i mange tilfælde ens. Derfor er der valgt en struktur, hvor generelle fund først præsenteres, og evt. væsentlige forskelle mellem distrikterne herefter præsenteres.

Detaljerede beskrivelser af praksis og især sygeplejerskernes tanker om praksis beskrives i det følgende. Det er tilstræbt, at beskrivelserne skal give læseren en grundig indføring i hverdagen, som den opleves for sygeplejerskerne.

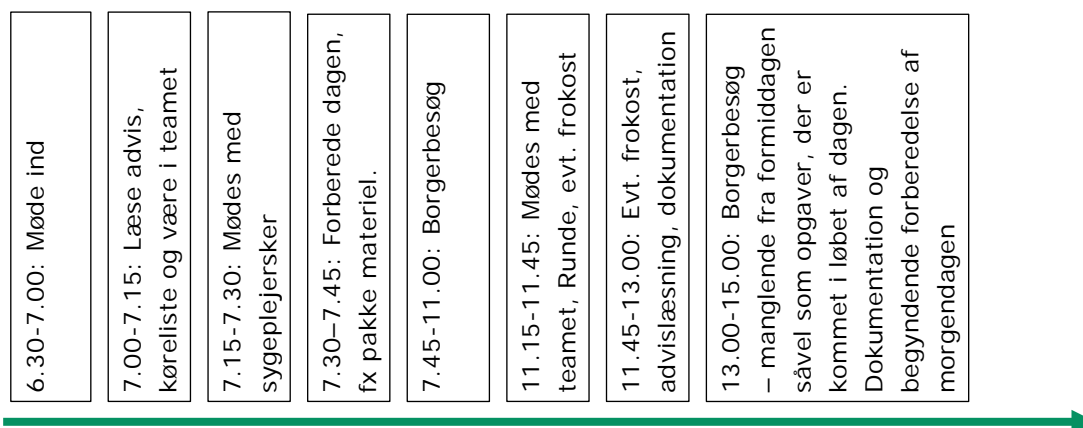
4 Hverdagen i de to distrikter

Dette kapitel er bygget op som en kronologisk beskrivelse af hverdagen i de to distrikter. Beskrivelserne følges op af analytiske pointer i forhold til måden dagen er organiseret på, det være sig i forhold til fordele og ulemper, der knytter sig til den daglige praksis. Herudover fremhæves også forskelle mellem de to distrikter og analytiske pointer i forhold til disse.

4.1 Hverdagen i distrikterne både ligner og ligner ikke hinanden

Sygeplejerskernes dagligdag i de to distrikter ligner formelt set hinanden, i den forstand at dagen er delt ind i de samme aktiviteter af samme varighed. Den er illustreret i figuren nedenfor.

Figur 4.1 Dagligdagen i distrikterne sat i skema



4.1.1 Før arbejdsdagen formelt begynder...

6.30-7.00: Medarbejdernes arbejdsdag begynder formelt kl. 7. En del medarbejdere¹ møder dog ind mellem en halv time og ti minutter før, for at sikre sig en rolig start på dagen og tid til faglig sparring med deres kollegaer, før de kører ud. En god start på dagen er således, for nogle, betinget af, at møde ind før tid, som en sygeplejerske forklarer det i citatet.

Jeg møder bevidst 10 minutter før tid. Jeg ved, at det skal jeg ikke, og det er noget, jeg selv har valgt at gøre, men det er for at give mig ro på. Ellers er det simpelthen for stressende. Jeg gør det for min egen skyld. [Sygeplejerske D-ny]

Flere medarbejdere beskriver således en strukturering af arbejdsdagen, som de oplever ikke fungerer for dem i praksis. De mener, at morgens program er for presset, fordi social- og sundhedshjælperne kører ud kl. 7.15 og social- og sundhedsassistenterne kl. 7.30. Det betyder, at sygeplejerskerne, hvis de møder ind kl. 7, når arbejdsdagen formelt begynder, på et kvarter skal nå at sætte sig ind i dagens opgaver og give sparring til plejere, før de er ude af døren. Deres håndtering, funderet i egenomsorg, er derfor at begynde arbejdsdagen tidligere

¹ Ordet medarbejder anvendes som fælles betegnelse for sygeplejersker og plejere tilknyttet et team.

og dermed anvende fritid på arbejdet. Tiden før klokken 7 anvendes således til de opgaver, der ellers ligger i arbejdsdagens formelle første kvarter, og som beskrives i det følgende.

4.1.2 Arbejdsdagens første kvarter...

7.00-7.15: Alle teamets medarbejdere er i teamets lokale. Hver sygeplejerske har en køreliste, hvoraf dagens opgaver fremgår. Det kan være den enkelte sygeplejerske selv, der har udarbejdet den, eller de kan deles om planlægningstjansen i teamet. Sygeplejerskerne læser sig ind på dagens opgaver, og de står til rådighed for sparring med plejerne. En sparring der kan gå begge veje – sygeplejerskerne kan få indsigt i plejernes observationer fra hjemmet, plejerne kan få sygeplejefaglig sparring. Kutymen er, at man kun opsøger hinandens sparring, hvis der er et aktuelt behov for viden. Ellers gemmes det til senere på dagen.

Der er i begge distrikter delte meninger om, hvordan det fungerer. Nogle sygeplejersker oplever at blive revet i og særligt at skulle bistå social- og sundhedsassistentvikarer, som ikke har den fornødne adgang til systemet, eller fordi der ikke er computere nok. For eksempel ved at skulle printe medicinlister til dem.

Nogle beskriver kvarteret som meget forvirrende – dels skal de forholde sig til deres egen arbejdsdag, og dels skal de forholde sig til plejernes dag, fordi de sidder i samme rum. Plejernes morgenpraksis bliver påtrængende baggrundsstøj, og gør det svært at fokusere på sit eget, som det illustreres i citatet nedenfor:

Jeg synes, at det kan være forvirrende, fordi – det er ikke bare er ens egen liste med opgaver... Man kan høre, at der er sygdom hos assistenterne. Hjælpergruppen har noget, de skal have fulgt op på, som du forholder dig til. Der kan være opgaver, de ikke kan få fordelt mellem sig, og pludselig hører man, at de er i gang med at sende en vikar ud, hvor det ikke er hensigtsmæssigt... Man er både til stede i egne opgaver, men har et halvt øre med i, hvad der sker i gruppens tiltag. [Sygeplejerske, D-ny]

I citatet ovenfor pointeres det, at det at være i samme rum betyder, at det er svært at koncentrere sig om sit eget. De følger med i plejegruppens arbejde – og samtidig med at det er rart at kunne gribe ind over for det, sygeplejerskerne oplever, er dårlige løsninger fra plejernes side, opleves det som en belastning.

I **D-gl** oplever nogle også morgens travlhed som energigivende, mens andre oplever det som en rolig stund. Alle sætter de pris på at kunne rådgive social- og sundhedsassistenter om borgersager.

Jeg har det dejligt fredeligt. Jeg synes egentligt, det fungerer meget godt, hvis der er en advis, hvor man lige hurtigt skal have fat i en... Der kan være et eller andet de lige skal handle på, når de skal derud. [Sygeplejerske, D-gl]

Fælles for distrikterne er, at det der gør forskellen, om de oplever tidsrummet som givtigt eller dårligt, fx kaotisk, forvirrende eller forstyrrende er, om de oplever, de har tilstrækkelig tid til, i ro at sætte sig ind i deres borgere og indkomne beskeder. Når de det ikke før social- og sundhedsassistenterne er kørt, kan det betyde et omfattende logistisk arbejde med at lokalisere den rette plejer, tage kontakt til denne og give informationerne. Det opleves som en tidsrøver. Blandt andet derfor tager nogle redskabet 'at møde ind før tid' i brug.

Sygeplejerskerne i D-ny oplever, at nogle redskaber er mangelfulde. Der er for få computere, og de der er, er i for ringe stand. Sammenlignet med D-gl er der dog ikke færre computere til

rådighed, men i D-gl har de flere års erfaring med at dele computere i teamet. For sygeplejerskerne i D-ny er det stadig en ny praksis. Oplevelsen af manglende computere påvirker arbejdsmiljøet i negativ retning, fordi personalet begynder dagen med at 'kæmpe' sig til computeradgang, og når de har den, oplever de, at de får pålagt sig diverse opgaver med at printe for de kollegaer i plejegruppen, der ikke har adgang til computeren. Medarbejderne i nogle team oplever også, at der er for få biler til rådighed, hvilket betyder en daglig forhandling om, hvem der har et legitimt behov for bil. Håndteringsstrategien er igen, for nogle, at møde tidligt ind for at sikre sig adgang til de rette arbejdsredskaber.

Roen om morgenen havde vi (i den tidligere organisering), fordi det var kun os, der var inde i det lokale, og vi vidste, hvad computere vi havde med at gøre. Det er det med, at man har sin faste plads. Man skal være tidligt på den for at få lov at sidde, hvor man gerne vil. [Sygeplejerske, D-ny]

Det løser selvfølgelig det umiddelbare problem for det enkelte individ, men synes snarere at skabe et kapløb end at være en konstruktiv løsning på problemet.

Plejerne i nogle team oplever, at sygeplejerskerne nærmest undgår teamet om morgenen og skynder sig hen bag computeren. Det er således her, sygeplejerskerne skal opsøges, hvis de ønsker sparring. Nogle tager fx en bagdør ind til computerne og hilser på den måde ikke godmorgen til teamet. Det opleves af nogle som en afvisning af teamfællesskabet.

4.1.3 Morgenens møde med de andre sygeplejersker...

7.15-7.30... 8.00: I dette tidsrum mødes sygeplejerskerne monofagligt. Praksis varierer mellem de to distrikter. Ikke *på papiret*, men i praksis. Et fællestræk i begge distrikter er dog, at opgaver omfordes og indkomne opgaver fordeles, samt at kørelisterne justeres.

I **D-ny** løber man stærkt for at komme fra morgenmødet kl. 7.00-7.15 for at komme til morgenmødet med de andre sygeplejersker fra kl. 7.15-7.30 (maks. varighed), hvorefter de iler tilbage til forberedelserne af dagen. Stemningen giver stort set kun rum til koordinering – *er der nogen, der har for meget og skal uddelegere noget? Ellers må vi gå igen*, synes stemningen af sige. En medarbejder bragte et generelt spørgsmål op om, hvordan hun skulle viderefremme en ny erhvervet viden til plejerne, men der kom ikke nogen engageret diskussion om det. Det var mere en afklarende samtale, som dog endte uden afklaring. Der var kun få og dæmpede parallelsamtaler og et behersket lydniveau.

Selvom det er fast praksis at omfordele opgaver internt mellem sygeplejerskerne, en praksis de også havde under den tidligere organisationsform, oplever de, at praksissens legitimitet er truet fra plejernes og fra plejernes leders side. Plejerne og deres leder er utilfredse med, at sygeplejerskerne går til et monofagligt møde, mens plejerne stadig er inde og kan have brug for sparring.

Jeg synes faktisk, at det er et problem, at de går mellem kl. 7.15 og 7.30. Det er der, jeg har brug for dem. Jeg skal jo være hos det første menneske kl. 7:30. Hvis det er noget medicin, som ikke lige er klart kl. 7.20, så har jeg da brug for mine sygeplejersker. Så har jeg da ikke brug for, at de sidder et eller andet sted. Jeg synes, at de går på et forkert tidspunkt. [Plejer i D-ny]

Lederen af plejerne har derfor bedt om, at kun én sygeplejerske pr. team går til det monofaglige møde. Lederen af plejerne anerkender sygeplejerskernes behov for at sparre med hinanden, men anerkender ikke mødets formål med at omfordele opgaver sygeplejerskerne imellem. Ikke som den primære omfordeling. Lederen betoner, at omfordelingen af opgaver primært

skal ske internt i de enkelte team, og først herefter, hvis der er rum til yderligere opgaver, skal omfordeles sygeplejerskerne imellem.

Jeg har været nødt til at sige, at det er min forventning, at når sygeplejerskerne mødes, så har de snakket med deres assistenter om, hvordan deres dag ser ud (...), fordi, hvis der er kommet et eller andet til assistenten, som gør, at et besøg vil tage dobbelt så lang tid som planlagt (...) så er det nødvendigt, at man i teamet, sygeplejerske og assistent imellem, har afklaret, om de kan hjælpe hinanden (...) Det skal sygeplejersken have med til deres morgenmøde, inden hun begynder at tilbyde sig til et andet team. [Leder for plejerne, D-ny]

Det er en væsentlig forandring i forhold til tidligere, at sygeplejerskerne skal omfordele opgaver med assistenter frem for sygeplejersker. Dels bryder det med den omsorgsnorm, de i den tidligere organisering praktiserede for hinanden. Som et team af sygeplejersker drog de omsorg for hinanden ved at deles om de sygeplejefaglige opgaver. Dels er det kontroversielt i forhold til deres faglige identitet. De er sygeplejersker og varetager sygeplejeopgaver. Når de får besked på at skulle overtage social- og sundhedsassistentopgaver, dvs. uddelegerede opgaver frem for komplicerede sygeplejeopgaver fra kollegaer, opstår der frustration over at skulle varetage opgaver, der ikke matcher deres kompetenceniveau, *samtidig* med at de kan se deres kollegaer løbe ekstra stærkt for at varetage sådanne. Beslutningen om, at omfordelingen primært skal ske inden for teamet har ikke opbakning hos sygeplejerskernes leder. Hun betoner, at det er vigtigt, at de kan omfordele opgaver sygeplejerskerne imellem såvel som at mødes, er den mest effektive måde at gøre det på, frem for at alle fx skal tjekke hinandens kørelister.

Men sygeplejerskerne oplever utilfredsheden og presset fra plejerne og plejernes leders side. Sygeplejerskerne i D-ny oplever således at være spændt ud mellem at føle, at de har et legitimt og velbegrundet formål med at mødes monofagligt, som også bakkes op af deres egen leder, og så at deres kollegaer oplever det lige modsat nemlig som en illegitim praksis, som forsøges begrænset fra plejernes ledelsesside. Det er således både en autoritær ('plejernes leder siger') og rationel ('det giver ikke mening at sygeplejerskerne går, mens vi er inde') delegitimering fra plejernes side, som presser dem, jf. ^{5,6}.

Hele situationen om sygeplejerskernes morgenmøde tyder også på problemer i implementeringen af organisationsomlægningen. Fra ledelsesside er der forskellige forståelser af væsentlige elementer: Hvilken rolle teamet spiller, og hvilken rolle faglige fællesskaber/dét, at opgaver løses på et givent kompetenceniveau, spiller. De to ledere beder på den måde medarbejderne strukturere arbejdet forskelligt, og de lægger op til, at plejerne kan forvente noget af sygeplejerskerne, der synes uforeneligt i praksis: At de skal være til stede og dække af for hinanden to steder på én gang. Og så længe der er tvetydig ledelse, bliver det umuligt for medarbejderne at navigere i, og det kan skabe en dominoeffekt, hvor deling af computere, tiden til rådighed og det at være i samme rum og overheøre hinandens samtaler m.m. opleves som en hindring i at udføre godt arbejde.

Ved overgangen til teamorganiseringen i **D-g1** var de også – meget lig hvad D-ny er nu – igennem en periode, hvor monofaglige møder var ildeset. Fokus var, at de skulle komme til at fungere som et samlet team, og lederen opfattede dét at minimere monofaglig tid for sygeplejerskerne som et redskab i den proces.

I starten havde vi fokus på, at alle møder foregår i teamene. Der var ikke nogen sygeplejemøder eller noget, det var i teamene det hele. Jeg har indset, at det er nødvendigt, at man mødes som sygeplejersker. Assistenterne har indimellem også nogle møder, fordi de er den der midtergruppe, og har også brug for at mødes. Jeg

tror ikke, det ene skal udelukke det andet, og hvis man føler, at man bliver løftet på den måde, så er det det, der skal til. [Leder af D-gl]

Som lederen beskriver det i citatet, gennemgik hun og teamene den læringsproces, at monofaglige møder ikke er uforenelige med en teamorganisering. Tværtimod kan de forskellige faggrupper have et legitimt behov for at mødes, fordi det giver dem et kompetenceløft.

I D-gl: Mellem kl. 7.15 og 7.30 samles sygeplejerskerne i akutsygeplejerskens rum. Her bruger de typisk mellem et kvarter og en halv time på at dele telefonnumre, omfordele opgaver, hvis der er sygeplejersker, der har for mange samt at have en sygeplejefaglig sparring med hinanden. Herefter vender de tilbage til deres computere for evt. at fortsætte læsningen om borgere, eller de går ud i medicinrummet for at pakke, hvad de skal bruge til dagen.

I D-gl bevæger man sig roligt, mindre forjaget, fra morgenmødet i teamet til morgenmødet med sygeplejerskekollegaerne og herfra videre til forberedelserne af arbejde med dagens borgere. Mødet sluttede ikke klokken 7.30 sharp. Stemningen var livlig, engageret og glad. Mødet var ustruktureret, med vekslen mellem plenumsamtaler og mange parallelsamtaler. Nogle samtaler om konkrete borgere, andre om logistik og endnu andre om produkter og anden faglig sparring. De mange faglige samtaler, der var i gang samtidig, blev afsluttet, når de var afrundede, ligesom de kunne følge med ud i forberedelserne af dagen. For eksempel med ud i medicinrummet, hvor forskellige produkter blev diskuteret.

Det handler om sparring om de produkter, der er i sygeplejedepotet. Hvis vi har et sår, vi er i tvivl om... Så ender vi jo derude i sygeplejedepotet. [Sygeplejerske, D-gl]

Som udefrakommende virker det kaotisk – som en del af fællesskabet kan det være alt fra let overskueligt, til at de kan genkende opfattelsen af, at det er lidt for ustruktureret. Men det fungerer, oplever de, og med det mener de, at de får den indsigt, de har brug for i dagligdagen, og resten får de på deres ugentlige torsdagsmøde.

Også i D-gl ønsker plejerne tid og ro til sparring med sygeplejerskerne og oplever som i D-ny, at sygeplejerskernes monofaglige morgenmøde fra 7.15-7.30 hindrer mulighederne for det. De fortæller, at der har dannet sig en praksis, hvor det er fuldt acceptabelt at bryde ind i sygeplejerskernes møde, men også, at selve dét, at sygeplejerskerne trækker sig fysisk, skaber en barriere i tilgængeligheden af sparring. De ville ønske, sygeplejerskerne kunne vente med deres møde, til de er kørt ud.

4.1.4 Struktureringen af formiddagens borgerbesøg...

Den borgerrelaterede praksis beskrives ikke i dette afsnit. Se i stedet kapitel 8.

7.45/8.00-11.00/11.30: Formiddagen bruges på borgerbesøg. Forskelligt fra plejerne er, at det er sygeplejerskerne selv, der planlægger deres dag, og de kan selv justere den løbende. Nogle gør en dyd ud af, at den er planlagt sammenhængende, så den er let at følge, mens andre har kørelisten som en ramme for, hvad der skal nås, og navigerer i den, som dagen skrider frem. For eksempel hvis de bliver bedt om at tage et besøg tæt på, hvor de er. Det puttes ind. Eller hvis de lige vil tjekke op på en borger, de er tilknyttet, men ikke er på dagens køreliste. Eller hvis det giver mere logistisk eller tidsmæssig mening at tage to besøg efter hinanden, selvom det ikke fremgår af listen, at de følger hinanden.

Der er en formel regel om, hvor meget de må afvige fra det planlagte, førend de skal ringe og give borgeren besked, fortæller sygeplejerskerne **i D-gl**. Det er dog ikke en regel, der har stor autoritet udefra betragtet, for sygeplejerskerne er usikre på dens ordlyd. Er det en halv eller to timers afvigelse, som kræver, at de ringer til borgerne? De tager i stedet bestik af deres

kendskab til borgerne. Nogle har tilkendegivet særlige ønsker og behov, og dem forsøger de at imødekomme. Andre borgere følger over nettet med i, hvornår deres besøg er skemalagt til, og reagerer, hvis tiden varierer meget. Sygeplejerskerne afvejer, hvem der vil blive vred eller frustreret, hvis besøget bliver forsinket, og hvem der ikke vil opdage det, som illustreret i dette citat:

Nogen er så demente, at de ikke ved, hvad klokken er, så det kommer ikke helt så nøje. Og så er der andre, som går meget op i, hvilket klokkeslæt det er. Jeg synes faktisk, vi er gode til at tage de der individuelle hensyn, men jeg synes også, at vi om morgenen er rimelig gode til at få listerne ændret. [Sygeplejerske, D-gl]

Det der således bliver styrende for sygeplejerskernes planlægningspraksis, synes at være en balancering mellem en pragmatisk legitimitet (jf. ^{5,6}), dvs. hvordan bliver min dag nemmest/god, og en moralsk legitimitet (jf. ^{5,6}), dvs. hvad sikrer, at borgeren oplever sig godt behandlet.

4.1.5 Frokost og Runde...

11.15-11.45: Tiden på kørelisten er vigtig at holde, for fra 11.15-11.30 har de frokostpause, og kl. 11.30 tager de det faglige redskab *Runde* i brug i de forskellige team. Runde er et tværfagligt møde, hvor deltagerne primært deler informationer, observationer og bekymringer om borgerne med hinanden.

Grundet transporttid er der i begge distrikter team, der oplever, at plejerne såvel som sygeplejerskerne ofte har svært ved at nå ind til Runden, selvom de prioriterer det. De savner dette sparringsrum og har i stedet måttet tage et alternativt redskab i brug: telefonen. Men, som de fremhæver, at kunne ringe til hinanden om akutte spørgsmål, gør det ikke ud for den sparring man i fællesskab har ved Runden.

Runden er i nogle team en decideret runde, hvor ordet på skift gives til medarbejderne i teamet, hvor de viderebringer informationer og tanker fra deres besøg, sygepleje- såvel som plejefagligt. I andre team tages ordet, når man har noget at bidrage med. Det kan altså i forskellig grad være struktureret. Og praksis adskiller sig mellem D-gl og D-ny.

I **D-gl** er der ingen udpeget mødeleder ved Runden, men flere sygeplejersker oplever, at det uformelt ligger til dem at påtage sig rollen som mødeleder og sætte mødet i gang, og at hvis ikke de gør det, sker der intet. Observationerne viste dog også, at rollen som mødeleder kan indtages og udfyldes af plejere. Der var god stemning ved Runderne, hvor ordet blev taget flittigt og brugt både til informationsdeling, sparring plejerne imellem og sparring mellem sygeplejersker og plejere.

Observationerne bekræftede, at sygeplejerskerne synes at have en særlig, om end uformel, rolle på møderne. Når plejerne beskrev problemstillinger til åben drøftelse, søgte deres øjne ofte mod sygeplejerskerne, som tog imod invitationen og ofte var blandt dem, der gav sparring.

I **D-ny** blev rollen som mødeleder ved Runden tildelt bestemte medarbejdere i de forskellige team i forbindelse med omorganiseringen, og ingen af disse var sygeplejersker. Nogle sygeplejersker oplever, at de udpegede mødeledere påtager sig opgaven. I andre team er det mere flydende, og har ingen taget teten, når klokken passerer halv tolv, sætter sygeplejersken Runden i gang.

Sygeplejerskerne i D-ny vil ikke betegne deres rolle som en uformel lederrolle, men de oplever, at de ofte kommer i centrum på mødet. Social- og sundhedsassistenterne sparer med hinanden, men mange henvender sig til sygeplejerskerne, enten direkte, eller de søger sygeplejerskens

øjne, når de bringer deres problematikker på banen, eller hvis sparringen med de øvrige plejere ikke fører til en afklaring. Da henvender de sig til sygeplejerskerne for at få svar.

Fælles for D-gl og D-ny er, at i begge distrikter oplever sygeplejerskerne, at de bliver spurgt om meget forskelligt, og at de kan vejlede plejerne i stort set alt. Sygeplejerskerne oplever, at Runderne medvirker til, at de får føling med plejernes kompetencer, som beskrevet i citatet nedenfor.

Jeg synes, det betyder noget. Man lærer jo den enkelte medarbejders kompetencer at kende, og der er mulighed for at oplære dem, og drøfte, hvad der skal være ekstra fokus på. Nok bedre fortrolighed også og tillid hinanden – jeg synes faktisk, at det er godt. [Sygeplejerske, D-ny]

I den tidligere organisationsform i D-ny havde de også frokostrunder med deltagelse af sygeplejersker. Men, da de var i større enheder, og dermed en meget større skare samlet, var det der legitimt kunne bringes op ved Runden, kun hvad der faldt ind under overskriften 'akut nød og død'. Det vil sige, at det ikke var et forum, hvor man kunne drøfte mindre bekymringer eller undren over udviklingen hos en borger, eller samarbejdsvanskeligheder med en borger. At de nu er samlet i de mindre team betyder, at mødeformatet er blødt op. De færre medarbejdere, og dermed også de færre borgere at drøfte, gør det legitimt og giver mere ro til at bringe andre aspekter i et borgerforløb op. Det åbner muligheder for fx tidlig opsporing.

Jeg synes også at førhen, der havde vi jo det der 'akut nød og død', og det gik så hurtigt, at man næsten ikke turde bryde ind med noget. Nu er der sådan mere – der er bedre tid, fordi der er færre borgere. [Sygeplejerske, D-ny]

I dette rum oplever sygeplejerskerne at have tid og mulighed for at kompetenceudvikle plejerne. For eksempel om betydningen af, at spisning og insulingivning afstemmes. Plejegruppen værdsætter også at kunne søge sparring hos sygeplejerskerne – både i dette formaliserede rum, men også uformelt.

(...) at snakke om, hvad kan vi gøre anderledes? Hvis man har haft en dårlig oplevelse, er det rigtig rart lige at snakke med en sygeplejerske (...) de der ideer man kan give hinanden til, hvad man så kan gøre i stedet for. [Plejer i D-gl]

11.45-15.00: Tidsrummet indledes typisk foran computeren, hvor sygeplejerskerne samler op på opgaver, der måtte være kommet ind i løbet af dagen. De føjes ind i systemet og således på kørelisten til den dag, de skal varetages. Kræves der allerede et besøg samme dag, tager sygeplejersken afsted, såvel som de tager de besøg, der er tilbage på dagens køreliste. Observationerne viste mellem nul og to besøg. I dette tidsrum registrerer de også dagens besøg i systemet, planlægger de kommende dages køreliste og klargør, hvad der kan klargøres, se også kapitel 10.

Om eftermiddagen mærkes igen en forskel i stemningen blandt sygeplejerskerne i de to distrikter.

I D-ny sidder sygeplejerskerne i hvert deres teamrum ved computeren, evt. ved siden af en sygeplejekollega. Der er samtale og sparring ved behov. Computerne er som nævnt skærmede fra resten af rummet, og der er således ingen interaktion med de øvrige medarbejdere i rummet, medmindre plejerne opsøger dem ved computeren for sparring.

I D-gl sidder sygeplejerskerne også ved computerne, men disse er ikke skærmede fra resten af rummet. De er i snak med de plejere, der kommer ind, og har noget at vende med sygeplejerskerne, ligesom sygeplejerskerne selv opsøger plejere, hvis de er nysgerrige om en borger.

Interaktionen i teamet synes mere let tilgængelig i D-gl. Sygeplejerskerne 'går også på besøg' i hinandens teamrum for at få sparring hos hinanden.

For begge distrikter gælder det, at trods utilfredshed blandt plejerne og deres leder med, at sygeplejerskerne holder et monofagligt morgenmøde, beskriver medarbejderne i begge distrikter, at de har et godt samarbejde. Blandt andet fordi plejerne oplever, at det som hovedregel er velset at de 'forstyrrer', og at deres kollegiale fællesskab fint bærer, hvis sygeplejersken ikke har tid, som citatet nedenfor beskriver.

Det er lidt det samme om morgenen og om torsdagen, hvor de vælger at gå fra, hvor de holder fælles møde. De trækker sig – og så forstyrrer vi. Og det får vi ikke skæld ud for. Det gør vi ikke. [Plejer i D-gl]

Selvom sygeplejerskerne trækker sig, oplever plejerne det legitimt at kontakte dem. Relationen synes således ikke præget af et faghierarki, der reelt hæmmer plejernes muligheder for sparring. Det bliver nærmere et spørgsmål om tilgængelighed, og at der skal gøres en opsøgende indsats fra plejernes side, for at få sparringen.

4.2 Opsamling

I dette kapitel er hverdagen i distrikterne beskrevet. Kapitlet giver således svar på undersøgelsesspørgsmål 1.

På papiret ligner dagen i de to distrikter hinanden, og som sådan også i praksis. I begge distrikter oplever nogle sygeplejersker og plejere, at morgenerne er tidspressede, og møder ind før arbejdstid for at få en god start på dagen, herunder nå deres opgaver til de forskellige morgenmøder. Det der afgør, om starten er god, er, om de har tid til at sætte sig ordentligt ind i egne og evt. kollegaers opgaver, førend de kører ud, fortæller sygeplejerskerne. Derfor oplever plejerne det som træls, når sygeplejerskerne går til et monofagligt møde, førend de er kørt ud.

Sygeplejerskerne tilrettelægger selv deres køreliste, og alt efter person følger de den mere eller mindre stramt. Hvad der afgør, hvordan de følger den, er både et hensyn til dem selv, dvs. at deres dag skal hænge godt sammen, og et hensyn til borgerne, dvs. at de ikke må opleve sig dårligt behandlet.

Der er også forskelle mellem distrikterne. I D-gl synes stemningen hos sygeplejerskerne mere afslappet, og der tages tid til faglig sparring. I sammenligning er stemningen mere anspændt i D-ny. Den faglige dialog mellem sygeplejerskerne på fx morgenmødet er ikke livlig og engagerende, men holdes fokuseret på koordinering. Der er en underliggende disputs om netop morgenmøderne mellem på den ene side sygeplejerskerne og deres leder, og på den anden side plejerne og deres leder. Den oplever sygeplejerskerne som en svær position at være i. Uenigheden synes desuden at pege på, at organisationsomlægningen ikke reelt er korrekt implementeret i praksis. De to ledere har forskellige opfattelser af teamets og faglige fællesskabers betydning, og det efterlader medarbejderne i en meget kompleks situation. Hvilken leder skal de rette sig efter? Skal de forlade den praksis, der tidligere har været meningsfuld for dem (at mødes monofagligt med alt, hvad den praksis bibringer dem), for at overtage en praksis, de (endnu) ikke ser formålet med og potentialet i?

Da D-gl i 2013 blev teamorganiseret anlagde de, meget lig D-ny nu, strategien at minimere monofaglige møder. Lederen i D-gl erfarede dog, at monofaglige mødefora er nødvendige og giver kompetenceløft.

Den daglige Runde, hvor medarbejderne i et kvarter sparrer med hinanden om dagens arbejde, opleves positiv, bl.a. fordi den holdes i et mindre team. Runden giver sygeplejerskerne god indsigt i plejernes kompetencer og er et forum, der kan anvendes til kompetenceudvikling.

5 Mødefora og mødeledelse

Dette kapitel omhandler de faste mødefora, sygeplejerskerne er en del af, og som ligger ud over de daglige møder sygeplejersker imellem og mellem sygeplejersker og plejere.

5.1 Sygeplejemødet

Hver sjette torsdag er der sygeplejemøde i **D-gl**, hvor temaet er informationer fra ledelsen samt sygeplejefaglige drøftelser. Sygeplejerskerne oplever det som værende ustruktureret og med manglende fokus på det sygeplejefaglige.

Det bliver tit meget ferie, jul og påske og planlægning. Og det synes jeg ikke hører hjemme der. Det er mere den overordnede strategi. Jeg tænker, det skulle være nogle emner, man kunne diskutere. Det er enormt hyggeligt, men ikke struktureret. [Sygeplejerske, D-gl]

Sygeplejerskerne er bevidste om, at de er med til at reproducere den manglende struktur. De forklarer det som, at "det bare er sådan, vi er herude", og på den måde italesætter de det som et fast forankret, næsten uforanderligt, kulturelement. Alligevel ønsker de forandringer og efterlyser fx dagsorden og ordstyrer, netop i erkendelsen af, at forandringskabelse kræver redskaber.

I **D-ny** har de siden omorganiseringen holdt ét sygeplejemøde med deres leder. Mødet blev primært brugt på orientering og i manglende grad på sygeplejefaglig udvikling, fortæller sygeplejerskerne. De efterspørger hyppigere møder.

5.2 Det ugentlige sygeplejefaglige møde

Hver uge har sygeplejerskerne i **D-gl** en times sygeplejefagligt møde, hvor de drøfter borgercases. Mødet blev oprettet, fordi sygeplejerskerne ikke havde tilstrækkelig tid til at drøfte borgercases i hverdagen. Det blev særligt et problem i weekenden, hvor de skulle tage vare på hinandens borgere og oplevede sig ikke fagligt klædt på til komplekse borgere. Nu klædes de fint på gennem dette møde, hvor der er tid til at drøfte relevante borgere, fortæller sygeplejerskerne.

I **D-ny** har de også et ugentligt møde. En halv time om fredagen og alene med fokus på at koordinere og overbringe informationer til dem, der skal arbejde i weekenden. De oplever ikke at have fælles rum/tid til drøftelser af faglig karakter ud over akutte ting. Det betyder for dem, at de ikke føler, de har mulighed for at udvikle deres faglighed med deres kollegaer i forhold til håndteringen af borgerne.

5.3 Fredagsfrokosten i D-gl

Hver fredag spiser hele distriktet frokost sammen.² Formålet er, at alle medarbejderne i distriktet skal kende hinanden og huske, at de kan bruge hinanden. Lederen af D-gl fortæller, at hun ivrigt opfordrer til, at medarbejderne søger sparring hos hinanden på tværs af teamene.

² Fællesfrokosten var dog aflyst på observationsdagen.

5.4 Det ugentlige tre-trins-møde i D-ny

I D-ny har de indført et tre-trins-møde, bestående af et rehabiliteringsmøde, et teammøde og et afsluttende assistent-sygeplejerskemøde, hver af en halv times varighed og glidende direkte over i hinanden.

På rehabiliteringsmødet skal de medbringe en borgercase til fælles drøftelse. De interviewede sygeplejersker oplever dog, at deres tilstedeværelse er irrelevant, medmindre der er tale om opstartsmøder hos nye borgere, hvor de skal være med inde over.

Og det der rehabiliteringsmøde – det kan godt være, at det bare er mig, der har lidt imod det – men jeg synes altså: ej, hvad skal jeg bruge det til. Jeg kan godt se det i forhold til opstartsmøder, når vi også skal med ud. Det kan jeg sagtens se. Men jeg synes tit, at jeg sidder: Gab, hvorfor skal jeg høre alt det her? Der er ingen relevans i, at vi er der for at høre, hvor langt de er nået i forhold til planer og sådan noget. Det er overhovedet ikke noget, vi har med at gøre. [Sygeplejerske, D-ny]

Møderne opleves irrelevante, når fokus er på drøftelser af plejernes arbejde med at rehabilitere borgeren, uden at der er en sygeplejefaglig ydelse tilknyttet borgeren. Sygeplejerskerne ser ikke relevansen i at være orienterede om plejernes arbejde med at rehabilitere borgerne, fordi de "ikke har noget med det at gøre". De ser således en grænse mellem deres sygeplejefaglige arbejde og plejernes rehabiliterende arbejde.

Når indholdet i mødet opleves irrelevant, opleves det som tidsspilde, og det fører til irritation. De oplever at have fuldt bookede dage og ville hellere bruge tiden hos borgerne, på dokumentation m.m. I stedet for at koncentrere sig om mødet, laver de små to-do-lister i tankerne om, hvad de skal nå efterfølgende, forklarer nogle.

Flere reflekterer dog over, hvorfor de, sygeplejerskerne, har indtaget en så tilbagetrukket rolle i forhold til rehabilitering, som de selv oplever, at de har. "Har vi ikke forstået formålet med mødet, og med vores deltagelse?" lyder det stillede, men ubesvarede spørgsmål fra sygeplejerskerne selv. Lederen af plejerne i D-ny oplever også, at sygeplejerskerne ikke finder møderne relevante på nuværende tidspunkt, men understreger vigtigheden af deres deltagelse.

De skal bestemt være en del af mødet. Fordi... opstartsbesøgene er de en vigtig del af det, der bliver sagt, og selvom det måske ikke lige handler om sygepleje, så skal de jo gerne byde ind med spørgsmål til at få hjælperen til at reflektere over, er der noget, jeg kan gøre anderledes herude? [Leder af plejerne, D-ny]

På teammødet er fokus primært på trivsel i teamet, men der kan også være fagligt indhold. Sygeplejerskerne oplever det irrelevant at tale om trivsel på egentlig basis. Det faglige indhold værdsætter sygeplejerskerne og beskriver, at det skaber engagement i hele teamet. For eksempel da de diskuterede og demonstrerede håndtering af bleer. Når teammødet sluttes forlader social- og sundhedshjælperne rummet, og assistent-sygeplejerskemødet begynder.

Assistent-sygeplejerskemødet bruges forskelligt i teamene. Nogle bruger alene tiden på at gennemgå og udfylde kompetenceskemaer. Andre gennemgår også nye procedurer og taler om uddelegering og borgere, der er uddelegerede. Flere sygeplejersker fremhæver dette møde, i rækken af de tre, som det mest meningsfulde. Det er i forhold til dette, at de kan se deres rolle, og det er her, de bidrager.

Der (på assistent-sygeplejerskemødet) har man også en rolle, ik'. Hvor man føler, at man gør en forskel... Jeg synes, at vi har en rolle i forhold til assistenterne. Til de

andre møder sidder vi egentlig bare med på en lytter med et par små kommentarer.

[Sygeplejerske, D-ny]

I flere team har der været en tendens til, at møderne aflyses. Frem for at det er blevet et forpligtende mødeforum til sparring og kompetenceudvikling sløjfes det for at bruge tiden på det øvrige arbejde. Det synes således ikke reelt implementeret ved interviewtidspunktet. Mange faktorer kan være en del af forklaringen på dette. For eksempel oplevelsen af knaphed på tid, at de stadig er i den tidlige omlægningsfase, hvor de er ved at lære hinanden at kende i teamet, og hvordan de kan og skal bruge hinanden, både i formelle og uformelle mødefora. Dertil må høre, at medarbejderne må opleve, at der er legitime grunde til at aflyse møderne, for ellers ville en sådan praksis næppe være taget i brug. Hvad disse er, er desværre ikke afdækket i undersøgelsen.

5.5 Tilfredsheden med møderne

Ovenfor er forskellige mødefora præsenteret, og tilfredsheden med de forskellige knytter sig naturligvis til de konkrete fora. Der er dog også generelle oplevelser.

I D-gl er de med kombinationen af at have morgenmøder og det ugentlige møde godt tilfredse med mulighederne for gensidig sygeplejefaglig sparring. De får de informationer og den sparring de har brug for – ikke for meget så der opstår spildtid, og ikke for lidt så de ikke kan klare opgaverne optimalt. Denne balance beskriver de ved at sammenligne med tidligere organiseringsformer. Ved at være organiseret som et sygeplejersketeam oplevede de fx tidligere at få ubrugbar viden. De havde meget kontakt til hinanden, og det førte til smalltalk om borgere, fx små opdateringer om borgere, som ikke var relevante for opgaveløsningen. Det tog tid. På deres nuværende møde i den nuværende organisering efterlyser sygeplejerskerne dog mere fokus på sygeplejefaglige emner og en strammere mødestyring på det sygeplejemødet.

I D-ny efterspørger sygeplejerskerne flere monofaglige møder, og de oplever manglen på sådanne som en klar forringelse af deres arbejdsvilkår efter omorganiseringen.

Vi mangler det forum, hvor vi har faglig snak. Vidensdeling er svært. Det er helt klart en ting, der er gået tabt ved teamdannelsen, for det brugte vi meget tid på, da vi sad sammen. [Sygeplejerske, D-ny]

Nogle fortæller, at de mener, der er et forbud mod, at de holder monofaglige møder. Det er kun tilladt for sygeplejerskerne at holde møder med hinanden, hvis det er med deltagelse af deres leder, som det fortælles i citatet herunder.

Det har jeg hørt, at det må vi sådan set slet ikke holde. Der må ikke holdes sygeplejefaglige møder, som ikke er teambaserede. [Sygeplejerske, D-ny]

De oplever således, at der efter omorganiseringen ses skævt til, at de dyrker et monofagligt miljø, som var en fast praksis tidligere, og som de ser som en nødvendighed for, at de kan udvikle deres kompetencer og varetage deres opgaver.

Lederen af sygeplejerskerne ser sygeplejerskernes oplevelse af at have mistet muligheden for faglig sparring som et midlertidigt problem, der knytter sig til omorganiseringen. Dels er mødefora ikke kommet godt nok op at køre endnu, dels er det en tilvænning til en ny praksis. De skal vænne sig til, at gå over gangen og søge uformel sparring hos deres kollegaer i et andet team. Det er anderledes end da de sad i samme rum, og blot kunne tale ud i dette og få svar, anerkender lederen, men også et spørgsmål om tilvænning til en ny praksis.

Tre-trins-mødet opleves i en del team meget ustrukturerede, hvor de samme drøftelser synes at køre i båndsløjfe. De tre møder flyder også sammen for nogle – hvad er formålet med de tre, og hvornår skifter det egentlig fra det ene til det andet? Som i D-gl efterlyser de en dagsorden og en ordstyrer, der kan skære igennem og runde af. I nogle team oplever de at have netop disse redskaber, og her fungerer mødet bedre. Ikke at sygeplejerskerne nødvendigvis oplever, at deres deltagelse er mere relevant, men formen er mere tilfredsstillende. Mødeleder- eller ordstyrerrollen er dog ikke en, der skal tilfalde sygeplejerskerne, særligt ikke på de to første dele af mødet, mener sygeplejerskerne.

Jeg tænker, at det her er hjælperes og assistenters møde, og jeg vil ikke være den styrende på det. Så jeg holder mig egentligt lidt tilbage, for ellers ender det med, at lige pludselig har jeg en rolle i et eller andet... Jeg tænker, at det er deres forum. Der må være nogle af dem, der trækker en streg og siger: "Nu gider jeg ikke høre mere om det. Vi hørte også om det i sidste uge og forrige uge, og tingene har ikke ændret sig. Det kan vi ikke blive ved med at koge suppe på". [Sygeplejerske, D-ny]

Citatet ovenfor illustrerer, at sygeplejersken ikke føler ejerskab for mødet. Det er nogle andres møde, ikke hendes. Hun indtager derfor en bevidst passiv rolle, og forventer, at plejerne skaber et godt møde. På den måde affinder nogle sygeplejersker sig med at være fysisk til stede, men er næppe aktive medskabere af et konstruktivt mødeforum.

Endelig oplever sygeplejerskerne, at tre møder i rap er drænende. Det er svært at skifte fokus så mange gange, og de mister energien.

Lederne er opmærksomme på, at tre-trins-mødet ikke fungerer optimalt, og er i proces med at evaluere og justere på form og indhold.

5.6 Opsamling

I dette kapitel er distrikternes mødefora beskrevet, og kapitlet besvarer således undersøgelsesspørgsmål 1.

I de to distrikter er der forskellige såvel som ens mødefora.

I D-gl oplever sygeplejerskerne sig godt klædt på til opgaverne hos borgerne, og at de får den sparring, de har brug for via møderne. De efterlyser dog mere sygeplejefagligt fokus og en strammere mødeledelse på sygeplejemødet.

I D-ny oplever sygeplejerskerne, at de mangler fora til sygeplejefaglig sparring. De har hørt, at de ikke må holde sådanne møder længere, kun teambaserede møder.

Lederen af sygeplejerskerne ser sygeplejerskernes oplevelse af at mangle fora til sygeplejefaglig sparring som et midlertidigt problem, affødt af omorganiseringen. De nye mødefora er endnu ikke ordentligt implementeret, og når det sker, vil en del af problemet løse sig, mener hun. En anden del vil løse sig, når sygeplejerskerne vænner sig til den nye organisering, er hendes vurdering.

Teamene har et ugentligt tre-trins-møde bestående af en halv times rehabiliteringsmøde, en halv times teammøde og en halv times assistent-sygeplejerskemøde. Sygeplejerskerne oplever deres deltagelse i de to første møder irrelevant, bl.a. fordi det sygeplejefaglige fokus opleves som lavt, mens de i højere grad ser relevansen af det sidste møde. Desuden tenderer de tre

møder til at flyde sammen, og det er svært for deltagerne at skelne dem fra hinanden. Sygeplejerskerne efterlyser en strammere mødeledelse, men ser ikke sig selv i den rolle, fordi de ikke føler ejerskab for møderne. De anser dem for værende plejernes møder.

6 Ledelsen af distrikterne

Som beskrevet indledningsvist, er ledelsen af distrikterne forskelligt organiseret. I D-gl er der én samlet leder, og denne har sygeplejerskebaggrund. I D-ny er der to ledere, en sygeplejerske er leder for sygeplejerskerne, mens en social- og sundhedsassistent er leder for de øvrige medarbejdere i distriktet.

I D-ny er sygeplejerskerne glade for deres sygeplejefaglige leder, og de betoner, at det er vigtigt med den fælles faglige baggrund. Ligeledes er plejerne glade for deres leder.

Lederen for sygeplejerskerne betoner, at organiseringen med en leder kun for sygeplejerskerne, frem for en samlet leder for hele distriktet, bevirker, at sygeplejerskerne oplever at have en tættere og mere faglig ledelse.

Jeg tror, sygeplejerskerne føler, at de har en leder, der ved, hvad de laver. I gamle dage havde de en leder, der havde 50 hjemmehjælpere, og så var de så 5 sygeplejersker i en gruppe. Og der syntes de måske bare, at de var et lille appendiks. Nu går jeg aktivt ind i, at de får den rette oplæring i nye opgaver. (...) Så på den måde har jeg mere fornemmelse for, hvad der foregår ude i sygeplejen, end jeg ellers ville have haft. [Leder for sygeplejerskerne, D-ny]

Organiseringen med to ledere skaber dog gnidninger og usikkerheder i hverdagen. For sygeplejerskerne betyder det fx, at de modtager budskaber om, at de skal prioritere deres tid på én måde fra deres egen leder, og på en anden fra lederen af plejerne. Det skaber dårlig stemning, ligesom det gør det svært at vurdere, hvad de legitimt kan og skal gøre. For eksempel i forhold til hvordan de må uddelegere opgaver til social- og sundhedsassistenter i weekenden, om sygeplejersker skal deltage ved opstartsmøder, eller om en social- og sundhedsassistent kan gøre det ud for en sygeplejerske, eller hvordan/hvorvidt de må bruge tid på monofaglige møder, og hvordan de må omfordele opgaver, hvis nogle har for meget og andre for lidt at lave en given dag. Citaterne, der følger, er en fra en dialog under et interview, hvor sygeplejerskerne taler om, hvordan de skal agere om morgenen for at få dagene til at fungere i teamet såvel som i forhold til de sygeplejefaglige opgaver.

Man får hele tiden at vide, at vi skal snakke med vores assistenter først og fremmest, før vi hjælper hinanden (sygeplejerskerne imellem). [Sygeplejerske 1, D-ny]

Det er jo en leder (plejernes), der siger det. Det er ikke noget, vi får at vide af vores leder... [Sygeplejerske 2, D-ny]

Nej, men hvad skal vi forholde os til? [Sygeplejerske 1, D-ny]

Citaterne ovenfor viser, at der opstår usikkerhed og frustration hos sygeplejerskerne, når de modtager modstridende desiner fra de to ledere. Hvad 'den anden leder' siger, har også styringslegitimitet. Der sker derfor det, at de henter legitimitet hos deres egen leder til at have én praksis, men legitimiteten er skrøbelig, for modstridende desiner fra plejegruppens leder afvises ikke fuldstændigt. Det skaber usikkerhed om, hvad de kan og skal gøre, og det skaber en ubehagelig stemning, hvor det at gøre, som de har opbakning til fra egen leder, opleves ugleset blandt plejerne og deres leder.

Sygeplejerskerne oplever, at deres handlerum er blevet indskrænket med den dobbelte ledelse. Både fordi der er modstridende styring, såvel som fordi nye regler indskrænker deres muligheder for at navigere i deres uforudsigelige hverdag. Der er problematikker, de ikke længere

må løse af de kanaler, der virkede før. For eksempel kan de ikke længere ad hoc gå til planlæggeren for at løse udfordringer i forhold til weekendplanlægningen, som de oplevede at kunne før omorganiseringen. Ledelsen pointerer, at det heller ikke før omorganiseringen var en formel praksis, og den må således betragtes som en tilgang udsprunget af samarbejdet mellem sygeplejerskerne og planlæggerne, og således som en institutionaliseret praksis, der opleves legitim af sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne oplever, at det med omorganiseringen er indskærpet, at de nu skal melde udfordringer ind senest torsdag middag. Selvom indskærpelsen er indført, lever den gamle praksis alligevel videre. Det gør den, fordi den fungerer, og fordi medarbejderne har et grundlæggende godt kollegialt forhold til hinanden, som holder praksis oppe, som det forklares i citatet.

Jeg synes jo egentligt, at når man så spørger planlæggerne – så er der er ikke noget problem i det. Selvfølgelig kan der være gange, hvor de har vildt travlt og ikke kan tage i mod nogle opgaver, men de er da til at snakke med. Det er bare udmeldingen, vi får fra den ene leder, som gør, at: nå, må vi nu ikke det? Men de er til at snakke med planlæggerne, synes jeg. [Sygeplejerske, D-ny]

En anden praksis til at navigere i det dobbelte lederskab er, at medarbejderne spørger den leder, der sandsynligvis giver det ønskede svar.

Skal det være mor eller far? Ja, man vil gerne have det rigtige svar... [Sygeplejerske, D-ny]

Det er dog primært deres egen leder, de henvender sig til, for det er hende, de ser som repræsentant for deres synspunkter, forklarer sygeplejerskerne.

Begge ledere oplever også selv problemerne ved det dobbelte lederskab: det er svært at afstemme deres tilgange, både i forhold til at kunne nå det i hverdagen, og fordi de ser forskelligt på tingene.

Det kan forvirre medarbejderne helt vildt, det er jeg slet ikke i tvivl om. Så får de nej fra den ene og ja fra den anden. Så venter vi lige til, at hun kommer, og så spørger vi hende... Og nogle gange kommer de op til mig: "(Den anden leder) siger, at vi skal et eller andet". Og hvor jeg sådan lige skal tage mig i, at det skal jeg selvfølgelig bakke op om, når hun har sagt det. Men hvor jeg tænker: Er det sådan, det er? [Leder i D-ny³]

Det er sådan lidt med... "Du er ikke vores leder, du skal ikke bestemme over os." Nej, det skal jeg egentlig ikke, men vi er nødt til at koordinere det her. Vi arbejder som et team, og det er det, der er forventningen til, at teamet kan køre. [Leder i D-ny⁴]

Lederne oplever, at distriktet fungerer mere stift i det dobbelte lederskab. Der opstår barrierer mellem de forskellige grupper, planlæggere, plejegruppen og sygeplejerskerne, frem for glidende overgange.

Lederen i **D-g1** oplever, at nogle ledelsesopgaver er nemmere i teamorganiseringen. Tidligere har hun forsøgt sig med en ledelsestilgang, hvor hun kontrollerede plejernes arbejde med sygeplejeopgaver, men har også droppet tilgangen igen, fordi den skabte et dårligt samarbejds-klima. Nu er det nemmere at foretage en praksisnær ledelse ved fx at gå med til Runde, og i

³ Hvilken leder, citatet stammer fra, er anonymiseret.

⁴ Hvilken leder, citatet stammer fra, er anonymiseret.

dette forum give den sparring, hun før blev opmærksom på behovet for, gennem kontrol. Sygeplejerskerne selv har også nemmere ved at opdage og korrigere ydelser i teamorganiseringen, pointerer lederen, fordi der er tættere kontakt mellem plejere og sygeplejersker.

Sygeplejerskerne i D-gl er glade for deres leder, som de oplever, leder dem gennem frihed, fordi hun har tillid til dem. En tillid opnået ved, at de har vist sig værdige til den, vurderer sygeplejerskerne såvel som deres leder. Sygeplejerskerne ser en kobling mellem den tillid, de møder fra deres leder, og den store tillid, der er mellem plejere og sygeplejersker generelt i distriktet. Tilliden og tiltroen til hinanden smitter af ned gennem organisationen, forklarer de.

6.1 Opsamling

I dette kapitel er ledelsen af distrikterne undersøgt, og kapitlet besvarer således spørgsmål 1. Lederen for sygeplejerskerne i D-ny oplever, at i sammenligning med den tidligere organisering medfører teamorganiseringen, at det er nemmere at give praksisnær ledelse. Det er en markant forskel at være leder for et mindre team sygeplejersker end 50 medarbejdere i et stort distrikt.

Det delte lederskab giver dog gnidninger i hverdagen. Sygeplejerskerne oplever, og lederne genkender, at medarbejderne modtager modsatrettede dessiner fra de to ledere. Sygeplejerskerne befinder sig derfor i situationer, hvor det er uklart, hvad de skal, kan og må gøre, for selvom de entydigt har deres sygeplejeleder, tillægges ordene fra plejernes leder også vægt. Sygeplejerskerne kan altså ikke navigere i de modsatrettede dessiner ved at affeje det, der ikke kommer fra deres egen leder.

Lederne af D-ny oplever, at det delte lederskab skaber barrierer mellem de forskellige faggrupper frem for at skabe glidende overgange mellem dem.

Også lederen af D-gl oplever, at teamorganiseringen giver gode muligheder for praksisnær ledelse. Man er tættere på praksis, fx ved at gå med til Runde. Det er svært ladsiggørligt i en større organisering.

7 Borgerens vej til sygepleje...

I dette kapitel beskrives borgernes vej til sygepleje.

7.1 Vejen gennem det administrative system

Sygeplejerskerne er selvvisiterende. Det vil sige, at opgaver, der hører under sundhedsloven, sendes direkte til sygeplejerskerne i distriktet og altså ikke først omkring en visitator.⁵ Sygeplejerskerne dækker bestemte områder/veje i deres distrikt, og således foregår den første sortering, når der kommer en ny borger.

Som selvvisiterende er det sygeplejerskerne selv, der vurderer opgavens omfang, allokerer tid og personaleressourcer til den, og opretter den i systemet, således at ydelsen leveres. Det betyder dog ikke, at (længere) forløb kan sættes i værk uden en 'vurdering udefra'. Der skal en lægehenvielse til. Den kommer enten ved, at lægen retter elektronisk henvendelse om, at en borger har brug for hjemmesygepleje, eller at en sygeplejerske bliver opmærksom på, at en borger har et behov for sygepleje, og derfor opretter ydelsen. Det kan fx være en plejekollega, der beder sygeplejersken vurdere en borger. Sygeplejersken adviserer da borgerens egen læge om, at borgeren modtager en sygeplejeydelse.

7.2 Mødet med *den beskrevne borger*

Sygeplejerskernes første 'møde' med borgeren er typisk gennem

1. kollegial sparring, fx hvor en social- og sundhedsassistent søger råd om en borger
2. en elektronisk kommunikation, fx et udskrivningsbrev eller en henvendelse fra praktiserende læge.

7.2.1 Borgeren, der kommer til sygeplejersken gennem kollegial sparring

Både de kommunale og private plejere søger sparring hos sygeplejerskerne, og det sker typisk mundtligt; enten ansigt til ansigt eller over telefonen. Ser plejerne noget, der bekymrer dem, drøfter de det med sygeplejersken, fortæller sygeplejerskerne. Nogle sygeplejersker tager ofte ud og ser borgeren, andre gør det i mindre grad. Hvorvidt de tager ud, afhænger bl.a. af deres opfattelse af den plejer, der bringer borgeren op. Fordi de er samlet i mindre team, kender de hinanden, og har føling med, hvem der er 'overforsigtige', og hvem der laver vurderinger, der ligger nærmere sygeplejerskernes egne. Hertil lægges, at de qua teamorganiseringen har viden om borgere, de aldrig har set, som det pointeres i citaterne.

(...) i forhold til de private leverandører, dem sidder vi jo ikke fysisk sammen med. Og kender dem dybest set heller ikke. Så den der dialog om et problem hos en borger... Vores kollegaer, dem kender vi jo, og når de siger noget, så ved vi, hvad de mener. Men de andre (privatansatte) kender vi jo ikke, så ofte bliver vi nødt til at køre ud og se på giraffen. [Sygeplejerske, D-gl]

⁵ I 2014 var 64 % af KL's 80 partnerskabskommuner organiseret således 3.

Måden vi arbejder i team betyder jo, at jeg ikke er så langt fra borgerne. Mange hjem ved jeg jo meget om, og så kan man jo godt forholde sig til nogle problemstillinger, uden nødvendigvis at skulle ud at se borgerne. [Sygeplejerske, D-gl]

Deres viden om plejerne og borgerne trækker de på, når de taler med plejerne om bekymringen, og spørger fx ind til bekymringen på forskellig vis. Enkelte sygeplejersker er desuden begyndt at bede om et billede, hvis det drejer sig om en sårproblematik, for bedre at kunne vurdere bekymringen og spare besøg.

Der er nogen, som reagerer, når det er relevant at reagere, og så er der dem, der bare reagerer, fordi så har de sagt det til sygeplejersken, og så er det ikke deres ansvar. Og det er også fair nok lagt hen ad vejen, meeen... [Sygeplejerske, D-gl]

I citatet ovenfor forklarer sygeplejersken, at hun oplever, at nogle plejere bruger det at informere sygeplejerskerne som en rygdækning fremfor at tage ansvar selv i situationer, hvor sygeplejersken mener, at plejerne er kompetente til selv at handle. Og sygeplejerskerne giver udtryk for, at de påtager sig ansvaret. Observationerne viste, at sygeplejersken også påtager sig ansvaret fremfor at give det tilbage til borgeren, selvom hendes kendskab til plejeren fortalte hende, at plejersens tærskel for at reagere og inddrage sygeplejersken er lav. I boksen nedenfor beskrives observationen.

Borgeren med en øm tå

En plejer kommer til sygeplejersken i morgenens første kvarter. Han er lidt bekymret for en borger, hvis tå er rød. Borgeren har i nogle dage klaget over, at den er øm, fortæller plejeren. Sygeplejersken spørger lidt mere til tåens tilstand, men plejeren kan ikke give nogle uddybende svar. For eksempel ikke om udviklingen af tåens tilstand. Er det blevet værre? Det ved plejeren ikke. Han ved bare, at borgeren beklager sig, og har gjort det nogle dage. De aftaler, at sygeplejersken kigger forbi ham på morgenrunden.

Jeg spørger, hvordan hun besluttede, at tage forbi. Hun forklarer, at hun ikke rigtig kunne blive klog på tåens tilstand. Kunne ikke vurdere, om der var noget alvorligt, og borgerens tilstand taget i betragtning er det bedre at tage et besøg for meget end for lidt, for fx et fodsår, der udvikler sig, vil kunne være et større arbejde at få til at heles.

Vi tager forbi borgeren. Sygeplejersken præsenterer sig og fortæller, at plejeren har fortalt om tåen, som hun gerne vil have lov at kigge på. Borgeren, der har taget venligt imod os, går nu hen og sætter sig. Sygeplejersken hjælper ham strømpen af, og kigger på tåen. Den fejler intet. Den er næsten ikke rød – måske en lille tendens til rødmen ved neglen. Hun spørger til, hvornår han skal have foddame igen. Det har han næsten lige haft. De aftaler, at hvis det bliver værre, må han endelig sige til, men som det er nu, skal tåen bare have ro.

Sygeplejersken fortæller efterfølgende, at der intet var med tåen. Borgeren er en lidt ensom herre, der kan bekymre sig for at få besøg, forklarer hun. Jeg spørger til, om hun kunne have opdaget dette allerede i morges i dialogen med plejeren. Hun fortæller, at hun faktisk er klar over, at den plejer har en lav 'bekymringstærskel' og altså hurtigt bringer bekymringer videre. Men som sagt tidligere var det ikke værd at risikere et fodsår, der udvikler sig, forklarer hun.

Observationen ovenfor illustrerer, at selvom sygeplejersken kender den konkrete plejer og beskriver plejeren som en, der har en lav bekymringstærskel; og selvom sygeplejersken kender borgeren og beskriver denne som en ensom herre, der gerne vil have besøg; vælger hun selv at tage på besøg hos borgeren, i stedet for at bede plejeren vurdere tåens tilstand igen, komme med mere konkrete observationer eller lignende. Sygeplejersken synes altså ikke at omsætte det samlede kendskab til plejeren og borgeren til, hvad der kan synes en rationel praksis. En anden logik synes derimod at forme praksis: risikoen for, at der *kan* være noget alvorligere galt med tåen, og risikovurderingen, at det *kan* udvikle sig til en større sygeplejefaglig problematik, får hende til at vælge praksissen at aflægge borgeren et besøg. Sygeplejerskerne beskriver det som en faglig værdi hellere at tage et besøg for meget end for lidt. De beskriver også, at i det øjeblik de er bekendte med en sygeplejefaglig bekymring, er det deres ansvar, at der handles korrekt på den. Til denne ansvarsfølelse synes de igen at knytte værdien om hellere at være på den sikre side end at risikere en forværring hos en borger, som følge af at de ikke besøgte borgeren. Disse værdier synes således at kunne være en hindring for, at de reelt anvender plejerne som observatører af sygeplejefaglige problematikker og kun kører ud når nødvendigt.

7.2.2 Borgeren, der 'mødes' gennem en elektronisk platform

Den information sygeplejersken modtager om en borger fra hospitalet eller den praktiserende læge varierer meget i kvalitet og omfang. I nogle tilfælde får de en fyldestgørende beskrivelse. I andre tilfælde ved de kun, at de skal ud til et sår – de ved ikke hvilken form for sår, dets alvorlighed, årsagen til, at såret er kommet, eller hvor på kroppen det er. Noget skyldes, at nogle personer kommunikerer mere samvittighedsfuldt end andre, og problemet er således knyttet til individer, forklarer sygeplejerskerne. Andet har rod i et strukturelt problem, nemlig at fagpersoner uden for det kommunale system ikke kender til måden, de kommunale sygeplejersker arbejder på og derfor ikke kan kommunikere målrettet til dem, forklarer sygeplejerskerne.

Det er heller ikke altid, at sygehuset har blik for, hvad det er vi har brug for, for at kunne agere hurtigt. Der er forskel på de to verdener, og hvis man inde fra sygehuset ikke kender vores verden og omvendt, så giver det kommunikationsproblemer i forhold til at lette forløbene. [Sygeplejerske, D-g]

Et aspekt af ovenstående er fx behovet for at tilpasse sygeplejeydelser til den kommunale måde at organisere på. Sygeplejerskerne er flest på arbejde i dagtimerne frem til kl. 15, og derfor er der behov for at udføre de fleste opgaver i det tidsrum. Som det fremgik af gennemgangen af hverdagen, så er det om formiddagen, at langt de fleste borgerkontakter ligger og ikke frem til kl. 15. På hospitalet giver de typisk bestemte injektioner om aftenen, og ofte når en borger udskrives, vil det være nødvendigt at kontakte hospitalet for at få ændret i medicingivningen, således at den kommer til at ligge i dagtimerne, fortæller sygeplejerskerne. Dette viser, hvordan behovet for ydelser søges tilpasset den kommunale tradition for arbejdsorganisering.

Sygeplejerskerne oplever også, at hospitalet ordinerer ydelser, som borgerne ikke er motiverede for. Det betyder, at sygeplejerskerne risikerer at gøre et forarbejde omsonst. Nogle har derfor, af mangel på tillid til lægehenviisningerne og lægefaglige informationer gjort det til fast praksis at aflægge borgere et besøg, før de gør noget forarbejde. Det illustreres i citatet nedenfor.

Jeg synes også, vi får at vide fra sygehuset, at vi skal ud og dosere medicin ved en borger, og vi gør alting klar, laver æsker, printer labels og jeg ved ikke hvad, og så kommer vi ud, og så vil borgeren ikke have hjælp! [Sygeplejerske, D-ny]

Usikkerheden om borgerens problematik og motivation har således ført til en praksis, der må antages at være fordyrende. Fremfor at starte ydelsen korrekt op aflægges de et besøg for at blive klar på, hvilken ydelse de skal starte op.

Kvaliteten af informationen er vigtig, for det er arbejdsredskabet til at gå kompetent til opgaven for at kunne samarbejde med borgeren. *Den gode information* omfatter en nøjagtig beskrivelse af det sygeplejefaglige problem, fx et sårs omfang m.m., og hvilken indsats det kræver at pleje det. Det sikrer, at de kan vurdere, hvilken ydelse det kræver, og tiden det tager at udføre den. For komplekse problemstillinger er der behov for yderligere beskrivelser, for her har de også brug for indsigt i årsager til problematikken, og det forløb borgeren allerede har været igennem. Det illustreres bl.a. i det følgende citat.

Jeg synes, at tit så modtager vi komplekse borgere. Og efter langvarige indlæggelsesforløb er det altså vigtigt, at få indblik i baggrunden for lidelsen, og hvad planerne er. Er der noget aftalt videre frem? Det nytter ikke, at vi skal starte forfra, og sætte patienten i den situation! Jeg synes, at vi skal være klædt så godt på som muligt, når de bliver sendt videre til os. [Sygeplejerske, D-gl]

Som det kan læses af citatet ovenfor, er det at være ordentligt klædt på af de fagpersoner, der allerede har arbejdet med borgeren, et element af at behandle patienten anstændigt. Deres ønske om gode informationer begrundes således pragmatisk og moralsk (jf. ^{5,6}). Det vil gøre deres arbejde lettere, for de ved, hvad de kommer ud til, og det vil sikre borgeren en hjælp, der bygger videre på den tilgang, andre allerede har praktiseret. Det kan antages at være en stærk motivator for at tage viden aktivt i anvendelse inden et borgermøde. Omvendt viste observationerne også, at sygeplejerskerne ikke nødvendigvis satte sig grundigt ind i borgere, der for første gang figurerede på deres køreliste, og i stedet tog bestik af situationen og anvendte borgeren som informationskilde under besøget.

Hvis informationer fra andre fagpersoner, eksterne såvel som interne, skal klæde sygeplejerskerne på, skal de naturligvis anvendes. For eksempel til at pakke den rette behandlingsskuffe til borgeren og således behandle borgeren optimalt allerede ved første besøg. Eller til at oprette de rette ydelser i systemet allerede før første besøg. I en travl hverdag er dette dog en udfordring. I **D-gl** løftes den opgave, i det omfang det er muligt, af akutsygeplejersken. Hun har oftere tid til at dykke ned i nye borgercases, fordi hun ikke har en køreliste. Er der således mangelfulde informationer fra fx hospitalet, opsøger hun informationerne om borgeren. Udfordringen, når der ikke foreligger en fyldestgørende beskrivelse, er logistik. Det er fx at få fat på den rette sygeplejerske på hospitalet.

7.3 Opsamling

I dette kapitel er borgernes vej til at få tildelt en sygeplejeydelse undersøgt, og kapitlet besvarer således undersøgelsesspørgsmål 2.

Sygeplejerskerne er selvvisiterende, dvs. at sygeplejeopgaver sendes direkte til sygeplejerskerne, som selv opretter ydelser til borgeren. Alle ydelser skal dog være lægehenviste, eller – hvis sygeplejerskerne bliver bekendte med borgerens behov for hjælp førend lægen – accepterede af en læge.

Borgere finder typisk vej til sygeplejen gennem en plejers bekymring eller en lægehenvielse. Fordi de er teambaserede kender sygeplejerskerne plejernes kompetencer og 'bekymringsniveau', og sygeplejerskerne oplever derfor, at de har gode muligheder for at vurdere, om de skal besøge en borger, som en plejer er bekymret for, eller om de kan vejlede plejeren i,

hvordan de selv kan håndtere problemet. De privatpraktiserende plejere kender sygeplejerskerne ikke, og her oplever sygeplejerskerne derfor ofte, at de må besøge borgerne for at finde ud af, hvad det reelt handler om.

Informationerne fra praksislæger og hospitaler varierer meget i kvalitet og kan være så sparsomme, at de intet reelt billede har af opgaven. I de tilfælde oplever sygeplejerskerne, at de må besøge borgeren og vurdere problematikken, førend de kan oprette en ydelse. Det kan også være, at borgeren slet ikke er motiveret for at modtage sygepleje.

Sygeplejerskernes argumentation, for at de skal være ordentligt informerede om borgernes problematikker og øvrige situation, er både pragmatisk og moralsk funderet. Det letter deres arbejde, og det er til borgerens bedste. I D-g1 har de søgt at løse dette problem ved, at akut-sygeplejersken opsøger manglende informationer før opstart, hvis denne har mulighed for det. For at informationerne skal komme sygeplejersken og borgeren til gavn, skal sygeplejersken naturligvis anvende dem forud for besøget.

Når borgeren er tildelt en ydelse, udfører sygeplejerskerne den, eller de uddelegerer opgaven til plejerne (uddelegering behandles i kapitel 9). Det næste kapitel fokuserer på rehabilitering, som er den tilgang, sygeplejerskerne skal anlægge i deres arbejde.

8 Rehabilitering i sygeplejen

De interviewede sygeplejersker i begge distrikter oplever, at de ikke arbejder rehabiliterende nok. De identificerer selv områder, hvor de kunne arbejde mere rehabiliterende, som det fremgår af citatet nedenfor.

Vi er ikke gode til at arbejde med rehabilitering i sygeplejen. Der kunne vi godt gøre mere. Jeg tænker på de små sår, vi kører til. Hvorfor er det, vi ikke overlader flere af dem til borgeren selv og styrer med grundig vejledning. Noget andet er medicin-dosering. Der kunne man godt tænke, hvad skal der til for, at du kan varetage det selv? [Sygeplejerske, D-gl]

Tidligere har de i D-ny arbejdet målrettet med rehabilitering, men det er gået i stå i forbindelse med omorganiseringen. Tidligere oprettede de fx rehabiliteringsydelse, når de arbejdede frem imod, at en borger skulle blive selvhjulpent/afsluttet, og de arbejdede med redskaber som tidsafgrænsede forløb med mål og delmål, forklarer sygeplejerskernes leder i D-ny.

I dette kapitel fokuserer vi på sygeplejerskernes forståelse af rehabilitering og deres erfaringer med at arbejde rehabiliterende.

8.1 Sygeplejerskernes opfattelse af, hvad rehabilitering er...

Sygeplejerskernes forståelse af rehabilitering tager udgangspunkt i, at borgeren selv skal være så aktiv en del af opgaveløsningen som muligt, såvel som at borgeren skal afsluttes så hurtigt som muligt. Rehabilitering er at få borgerne til at varetage de elementer af sygeplejeopgaven, de kan, svarer sygeplejerskerne, når de spørges. Observationerne viste i begge distrikter flere eksempler på, at opgaven er opbrudt i delelementer, hvor borgeren udfører de elementer, han eller hun kan. Som beskrevet i citatet herunder.

Hvis du har en opgave, fx hende jeg skyller ører på. Hun skal selv koge vandet, temperere det, rense sprøjten og gøre klar, inden jeg kommer. Hun ordner de praktiske ting, hun kan, så jeg egentlig bare skal skylle. [Sygeplejerske, D-ny]

Borgeren gør altså klar til, at sygeplejersken kan udføre opgaven, og når sygeplejersken er færdig, efterlader hun 'rodet', dvs. emballage, snavsede redskaber m.m., og det er borgerens ansvar at rydde op og desinficere, eller hvad der måtte ligge i delelementet oprydning. Det der afgør, hvor meget de overlader til borgeren, er deres vurdering af, hvad borgeren kan magte, og til dels hvad borgeren selv ønsker. Det vender vi tilbage til i afsnit 8.2.

Sygeplejerskerne opremser en række delelementer, når de spørges, hvordan de kan arbejde rehabiliterende med sygepleje. Disse præsenteres i Tabel 8.1 nedenfor.

Tabel 8.1 Sygeplejerskernes eksempler på rehabilitering i hjemmesygepleje

Rehabilitering i hjemmesygepleje	
Koordinerende elementer	Få borgeren til selv at ringe til hospitalet og berette, hvad hjemmesygeplejersken har vurderet, og derfor bede om at få en aftale
	Få borgerne til selv at kontakte praktiserende læge og andre aktører om forhold, som sygeplejen fremhæver
Elementer ifm. medicinering	Få borgerne til selv at injicere medicin i mave og lår
	Få borgerne til selv at dosere deres medicin
	Få borgerne til at sætte medicinen frem, til når sygeplejerskerne kommer for at dosere medicinen
	Få borgerne til selv at hente eller sørge for, at pårørende henter deres medicin
Elementer ifm. sårpleje	Få borgerne til selv at foretage sårpleje
	Få borgerne til at pakke såret ud og evt. bruse det, før sygeplejersken kommer (kræver, at de kan være ret præcise med deres ankomsttidspunkt, hvilket ikke har været muligt længe)
Elementer ifm. stomi	Få borgeren til selv at varetage dagligdags egenomsorg i forbindelse med stomi
Elementer ifm. øjne	Borgeren skal selv skylle/dryppe øjne
Tværgående element	Få borgeren til at stille redskaber frem til sygeplejersken og rydde op, efter at sygeplejersken har været på besøg

Sygeplejerskernes beskrivelse af rehabilitering holder fokus på den sygeplejefaglige opgave, og hvordan borgerens inddragelse i denne kan føre til, at omfanget af sygeplejerskens opgave begrænses, eller at den afsluttes. Det er en beskrivelse, der lægger sig op ad den definition Socialstyrelsen i 2013 udledte af kommunernes anvendelse af begrebet hverdagsrehabilitering ⁷. Hvad der synes at mangle i sygeplejerskernes forståelse af rehabiliteringsbegrebet sammenlignet med andre definitioner af rehabilitering (se fx ⁸) er, at rehabilitering tager udgangspunkt i borgerens liv, mål og motivation. Dette element er ikke synligt i sygeplejerskernes forståelse af rehabilitering, som den kommer til udtryk i interview og ved observation. Lederne holder også i deres beskrivelser af rehabilitering sigte på afslutning, men inkluderer også borgerens mål og motivation.

De skal jo arbejde henimod, at borgeren bliver selvhjulpne. I rehabilitering er der jo hele den definition med, at vi arbejder tværfagligt og mod et mål. Det er lidt svært i forhold til en sårpleje at være ret tværfaglig. Det er vores opgave, og så kan de andre byde ind alt, hvad de vil. Men det er vores opgave. Det er stadig i samarbejde med borgeren. Der er borgere, der siger: Jeg vil gerne ud i mit kolonihavehus, det er bare så besværligt, når du kommer kl. 11 og tømmer min stomipose, hvor de har været gode til at oplære borgerne i de problemstillinger, de har, så de kan komme ud i kolonihavehuset. [Leder at sygeplejerskerne, D-ny]

Citatet ovenfor illustrerer desuden opfattelsen af, at der er begrænsninger for, hvordan der kan arbejdes tværfagligt i den sygeplejefaglige rehabilitering. Der er opgaver, hvor sygeplejerskerne har den fornødne viden, og her bliver andre fagligheders input irrelevant for opgaveløsningen. På den måde kan et tværfagligt rehabiliterende forløb bestå af parallelindsatser, hvor sygeplejerskerne varetager deres, og andre faggrupper gør deres, eller det tværfaglige kommer til udtryk som tiltag, der følger efter hinanden. For eksempel at sygeplejersken løser sin opgave, og efterfølgende kan andre fagligheder tage over, enten fordi opgaven er uddelegeret, eller fordi et andet forløb iværksættes. Hvordan plejerne ser deres arbejde i forhold til den sygeplejefaglige rehabilitering og deres samtidige pleje, er desværre ikke undersøgt tilstrækkeligt.

8.2 Hvornår giver rehabilitering mening?

Sygeplejerskerne oplever, at en rehabiliterende tilgang giver mere mening hos nogle borgere end hos andre – og hos nogle slet ikke. Sygeplejerskerne beskriver, at hvorvidt og hvordan de kan arbejde rehabiliterende, beror på deres vurdering af borgerens situation, fx

- Borgerens fysiske og kognitive funktionsniveau.
 - Risikoen ved at overdrage opgaven er, at borgeren ikke kan udføre opgaven pga. fysiologiske begrænsninger, eller borgeren ikke forstår/kan huske/overskue opgaven, og derfor ikke varetager den korrekt, hvilket kan føre til et funktionstab.
- Borgerens robusthed ⇔ skrøbelighed. Skrøbelighed kan fx bestå i utryghed, psykisk sårbarhed, eller at borgeren er terminal.
 - Risikoen ved at overdrage opgaven er, at skrøbelige borgere *'tilter'*, dvs. deres situation forværres, hvis de presses for meget, fordi opgaven er for uoverkommelig. Resultatet er, at de ikke får varetaget den korrekt eller i sin helhed, med et funktionstab til følge.
- Borgerens underliggende behov for, at sygeplejen kommer i hjemmet. For eksempel et socialt behov og oplevelsen af at blive draget omsorg for. Dette kan gå i kombination med borgerens robusthed/skrøbelighed.
 - Risikoen ved at overdrage opgaven kan ligeledes være, at ensomme eller fx utrygge borgere *'tilter'*, hvis de presses ud i at varetage opgaver selv, med et funktionstab til følge.

Risikoen sygeplejerskerne holder for øje, er således, om borgerens funktionsniveau forværres som følge af, at de overdrager opgaver. Udover at indvirke på, om og i hvilket omfang det opfattes meningsfuldt at arbejde rehabiliterende, har vurderingerne også betydning for, hvordan sygeplejerskerne skal/kan arbejde med at motivere borgerne til en rehabiliterende tilgang. Det fokuserer vi på, i det næste afsnit.

8.3 Hvordan får man en borger med på rehabilitering?

Alt efter sygeplejerskernes vurdering af borgerens situation, se afsnit 8.2, former de deres tilgang til at motivere borgeren. I det følgende præsenterer vi forskellige kategorier af borgere, og hvordan sygeplejerskerne beskriver, at de arbejder med dem.

De nemme borgere er dem, der fysisk og kognitivt kan og vil selv. Dem, der ofte fulde af energi står klar med alt, når sygeplejersken kommer. De tager selv initiativet, og begrænser selv sygeplejerskens opgave, ofte fordi de vil være så uafhængige af hjælp som muligt. Observationerne viste en mand, hvor alt var gjort klar, han stod med smil på læben og næsten med blusen oppe, før vi var kommet ind af døren, og han tog nærmest affaldet ud af sygeplejerskens hænder og sagde, at det skulle han nok ordne. Der er intet behov for at motivere en sådan borger.

Borgeren med nedsat fysisk eller kognitivt funktionsniveau. Vurderer sygeplejerskerne, at borgeren er ude af stand til at varetage opgaven selv pga. nedsat fysisk eller kognitivt funktionsniveau, arbejdes der ikke med at overdrage opgaven i sin helhed. Alt efter vurderingen kan borgeren evt. varetage dele, såsom at rydde op efter besøget. Det kan fx være at sige, *'og så rydder du op ik?'*. Når denne tilgang anvendes, er det, fordi borgeren accepterer opgaven og varetager den.

Den skrøbelige borger forudsætter en langsom tilgang, således at borgeren ikke kastes ud i mere, end vedkommende kan magte. Tilgangen vil ofte være at trappe ydelsen langsomt ud. Støtte borgeren i at forsøge selv, lade tiden mellem besøgene blive længere og til sidst give borgeren et direkte nummer til sygeplejen, så de altid kan komme i kontakt. På den måde kan sygeplejerskerne følge med i, om borgerne kan løfte opgaven, samtidig med at de skaber tryghed hos borgeren. Praksissen illustreres i citatet herunder.

Det kan være, at de selv tager kontakt til lægen, hvor de hele tiden har forventet, at det gør du. "Kan du ikke selv ringe?". "Jeg vil gerne sidde ved siden af dig, mens du ringer". Så hun kommer tilbage til at styre sit eget liv i stedet for, at man har en sygeplejerske hele tiden. [Sygeplejerske, D-ny]

Borgeren i et socialt tomrum er svær, fortæller sygeplejerskerne. Borgeren sætter pris på sygeplejerskens besøg, fordi det giver selskab i hverdagen. Argumentet, der er fundamentet i den rehabiliterende tanke, om at livskvaliteten øges ved at blive uafhængig af kommunen, er således både meningsløst og kontraproduktivt. Denne gruppe borgere kan forsøge at få flere besøg ved fx at luften helbreds-bekymringer over for sygeplejerskerne eller plejerne, som bringer bekymringerne videre til sygeplejersken – som således ender med at tilse en ganske harmløs 'rød prik', fortæller sygeplejerskerne.⁶ Motiveringen af sådanne borgere kan være, at der skabes adgang til sociale fællesskaber, fx at plejerne motiverer borgeren til at opsøge sociale tilbud, eller/samt at sygeplejersken trapper ydelsen langsomt ud. Måden er etisk forsvarlig, men kan være meget svær at praktisere, påpeger flere sygeplejersker. Og det lykkes ikke altid, som det bl.a. illustreres i afsnit 10.3.

Den krævende borger. Medarbejderne oplever, at der er borgere, der er meget grove over for dem, der kommer i hjemmet. Skælder ud, kræver ekstra og dikterer i et urimeligt omfang og tonefald, hvordan de vil have det. Sådanne borgere kan også forsøge at spille medarbejderne ud mod hinanden, og strategien er at stå sammen, forklarer lederen af D-gl i citatet.

Vi prøver at skabe et fælles fundament for, hvordan vi gør. Så man ikke bliver spillet ud mod hinanden, for det er det, man ofte oplever. Så er der en sød medarbejder og en dum medarbejder. Den dumme er hende, der overholder regler og retningslinjer, og den søde er den, der går på kompromis, både over for sig selv og sin faglighed nogen gange, men også i forhold til sine kollegaer. Mange gange laver man en fælles pædagogisk plejeplan eller handlingsplan. [Leder af D-gl]

Redskabet til at håndtere sådanne borgere er altså at aftale tilgangen til borgeren med hinanden, gerne vha. de planer, medarbejderne anvender, og ikke levere andet end det. Det fører ikke nødvendigvis til en overdragelse af opgaver til borgeren, men begrænser en opgaveøgning.

Borgeren, der forventer, at sygeplejersken gør det for dem. Som det er velbeskrevet i undersøgelser af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen (se fx ⁹), fortæller sygeplejerskerne også i denne undersøgelse, at der er borgere, der forventer kompenserende hjælp. Det vil sige, de forventer ikke at skulle deltage selv, som denne sygeplejerske forklarer:

Jeg tror også, det hænger lidt sammen med forventninger. De forventer, at sygeplejersken kommer og ordner det, fordi lægen har sagt, "vi skal have sygeplejerskerne ind og gøre det her". Hvis vi så starter med at sige, hvordan vi kommer ud igen, så bliver vi ikke specielt populære. [Sygeplejersker, D-gl]

⁶ Hvorvidt de tager på besøg hos borgeren afhænger dog af, hvordan de samarbejder med plejerne om bekymringen og plejerens observationer, se kapitel 9.

Sygeplejerskerne opleves således et mismatch mellem den tilgang de, som del af Plejen, repræsenterer og det deres samarbejdspartner, ofte praktiserende læger, giver borgeren indtryk af, at de repræsenterer. Og det skaber et svært samarbejdsklima mellem sygeplejerskerne og borgeren. I forhold til sådanne borgere står de med dilemmaet: "Hvordan får jeg sagt på en god måde, at borgeren skal tage del?". Det spørgsmål kan opdeles i tre: Hvordan kommunikerer man til borgeren, at forløbet ikke bliver som forventet? Hvordan opnår man accept af, måden det bliver i stedet? Og hvordan gøres alt dette, så man (fortsat) har en god relation til borgeren? Nogle efterspørger skriftligt materiale, de kan uddele, og på den måde vise, at de har hjemmel til at forvente, at borgeren bidrager selv. Andre har oplevet det tilstrækkeligt at kunne begrunde det mundtligt med, at det er en politisk eller ledelsesmæssig beslutning. I begge tilfælde efterspørgeres det samme nemlig at kunne frigøre sig fra rollen som den, der kræver deltagelse af borgeren, og lægge denne rolle og det ansvar hos andre autoriteter.

Jeg synes, at det var en tryghed. Det gav da lidt power at kunne sige, at sådan er det besluttet. [Sygeplejerske, D-ny]

Andre oplever dog, at dette med at gemme sig bag autoriteter ikke er et anvendeligt redskab til etablere et godt samarbejde med en borger på. Borgerne bliver stadig vrede og sygeplejersken stadig upopulær, oplever de.

Borgeren, der ikke kan. Sygeplejerskerne har erfaringer med at forsøge at overdrage ansvaret for en sygeplejeopgave til borgeren selv. I citatet nedenfor beskriver en sygeplejerske erfaringen med, at have forsøgt overdragelse, men hvor borgeren ikke løfter opgaven.

Jeg tror simpelthen ikke, han er i stand til det. Vi har jo forsøgt, hvor det efter et par gange: "Jamen, kigger du slet ikke til din fod?". Neaj, det havde de ikke lige fået gjort. Så bliver jeg bekymret for udviklingen af såret. [Sygeplejerske, D-gl]

Påtager borgeren sig ikke opgaven, og er der ikke en samarbejdsvillighed om at gøre det, tager sygeplejerskerne ansvaret for, at opgaven udføres. På et tidspunkt i sygeplejerskens arbejde med at overdrage en opgave, kan vægten således tippe fra, at det primære formål var overdragelsen og til, at der er en for stor risiko for forværring, ved at fastholde det motiverende arbejde. Sygeplejerskens ansvar er først og fremmest, at den sygeplejefaglige opgave løses. Hvilken indsats der er gjort, inden yderligere motivationsarbejde opgives, er naturligvis en vurderingssag i forhold til den enkelte borger. Strategierne, der anvendes, vil (i mange tilfælde) være et udvalgt af de ovenstående.

Ud over vurderingerne af borgerne er der en række andre faktorer, der påvirker, hvorvidt sygeplejerskerne arbejder rehabiliterende. I de følgende afsnit belyser vi sådanne.

8.4 Travlheden i hverdagen

Sygeplejerskerne oplever, at det rehabiliterende fokus drukner i hverdagens mange opgaver, som det forklares i citatet herunder.

Jeg tror, vi har været bedre til at arbejde bevidst rehabiliterende. Det er gledet ud, fordi der er kommet så mange andre opgaver. Så vi får ikke de der samtaler, hvor vi snakker om, hvor vil du hen, hvad kan du selv gøre, og hvad tænker du, at vi skal gøre, så du hurtigt får ejerskab i dit eget liv igen. [Sygeplejerske, D-ny]

Sygeplejerskerne beskriver en form for hierarki i opgaverne. Borgernes akutte sygeplejefaglige behov prioriteres først, men også mange andre opgaver fylder dagen ud, såsom at læse mail.

Flere medarbejdere beskriver, at der ikke er tid til det i løbet af arbejdsdagen, og derfor tager de deres fritid i brug. Ikke af lyst med af nød, dvs. ansvarsfølelse. Hvis jeg ikke gør det, er der en borger, der ikke får den hjælp, de har behov for, synes essensen i sygeplejerskernes begrundelse at være. Med et sådan oplevet arbejdspress, fravælges det at bruge tid på arbejdsgangene i den rehabiliterende praksis.

Sygeplejerskernes oplevelse af travlhed fører desuden til, at de hurtigt uddelegerer simple opgaver til plejerne, fortæller de. For eksempel at varetage lettere medicindoseringer eller at lægge bestemte forbindinger. Blot har social- og sundhedsassistenterne også travlt og har derfor ikke tid til refleksion over opgaven, oplever sygeplejerskerne. Det betyder, at et rehabiliterende perspektiv glider i baggrunden ved uddelegering. Er ingen opmærksomme, kan resultatet være, at ydelsen kommer til at fortsætte unødigt. En borger havde fx fået lagt en forbindelse gennem et helt år, havde en sygeplejerske opdaget – hendes tanke ved uddelegeringen var, at det skulle have været en lille måned, hvorefter udviklingen skulle vurderes. Eller som det illustreres i citatet:

Vi har dem i ustabile faser i sygeplejen, og så bliver de uddelegeret til vores assistenter. (...) Hvis der skal arbejdes rehabiliterende, så skal vi se det igen. Assistenterne har ingen hul i deres lister, og derfor ingen tid til at overveje muligheden eller prøve at sætte en indsats ind på det. [Sygeplejerske, D-gl]

Som sygeplejerskerne beskriver det i det ovenstående, bliver det rehabiliterende fokus skubbet i baggrunden pga. for lidt tid til ydelserne. Først hos dem selv, dernæst hos plejerne. Sygeplejerskerne praktiserer ikke en struktureret opfølgning på uddelegerede opgaver, fortæller de. De har derfor ingen føling med udviklingen hos den enkelte borger, og sygeplejerskerne beskriver således en oplevelse af ingen føling at have med, om der er et rehabiliterende sigte i ydelserne.

I D-ny er det med organisationsforandringen blevet ledelsesbesluttet, at der ved opstartsmøder hos nye borgere skal sygeplejersker med for at sikre tidlig opsporing af tilstande hos borgeren, hvor en forværring kan forebygges, og et tidligere funktionsniveau evt. genvindes. Men flere sygeplejersker oplever det irrelevant og som spild af tid – en ressource, de føler sig stærkt pressede på.

Jeg var på et opstartsbesøg sammen med en assistent hos en, hvor det var besluttet, at hun skulle i bad. Og da spurgte assistenten: "Er der grund til, at du tager med?" Jeg spurgte en leder, og hun sagde, at det er besluttet, at der er en sygeplejerske med. Det er vel for at se, om der kunne være et eller andet sygeplejefagligt også, tænker jeg. Det var der så ikke. (...) Jeg tænker, at til sådan noget som bad... behøver der en sygeplejerske med derud? [Sygeplejerske, D-ny]

Af citatet fremgår det, at det for de interviewede sygeplejersker ikke er en meningsfuld praksis at deltage i opstartsmøder, medmindre det er givet/sandsynligt, at der vil være noget konkret sygeplejefagligt. Det synes således at være et kriterium for, hvornår de ser sig selv som en meningsfuld del af et tidligt opsporende arbejde.

8.5 Har borgeren først prøvet kompenserende, så...

Sygeplejerskerne identificerer en barriere for at arbejde rehabiliterende, der kan betegnes som: "Har vi allerede givet kompenserende hjælp, er potentiale for afslutning tabt".

Det er dødssvært at lave om på, når man har kørt hos borgeren i fem år. Men man kunne gøre det til en øvelse, lige så snart man får en ind i systemet at starte ud med: "Hvad skal der til for, at du kan det her selv?" [Sygeplejerske, D-gl]

Barrieren, sygeplejerskerne oplever, er, at borgerne bliver forvente med et højt serviceniveau, og de oplever, at det er meget svært at motivere borgerne til andet. De oplever, at borgere, der er vant til kompenserende hjælp, ikke er motiverede af udsigten til at være frigjort fra den kommunale pleje, og de forbinder det ikke med øget livskvalitet. Livskvaliteten ligger i besøget, forklarer sygeplejerskerne.

Det kan resultere i, at medarbejderne fortsat yder hjælpen. Argumentet for at gøre det er ikke, at der er et sundhedsfagligt behov, men fx et mentalt behov, eller at ressourcerne, der skal anvendes til at motivere borgeren, er mere omfattende end at fortsætte ydelsen, og tilmed er resultatet usikkert. I afsnit 10.3 beskrives en observation af en borger, hvor besøgene er fortsat, selvom der ingen sygeplejefaglig grund er til det.

8.6 Sygeplejerskernes oplevelse af systemet som en barriere

Som nævnt tidligere ser sygeplejerskerne muligheder i at arbejde mere rehabiliterende, fx i forbindelse med medicingivning. Samtidig udpeger de strukturelle barrierer for, at de kan overdrage opgaven til borgeren selv, og dermed lukkes muligheden igen.

Apotekerne skal udlevere den billigste version af et præparat. Det betyder, at pillernes navn, facon og farve kan forandres fra gang til gang, og at borgerne ikke kan opøve erfaring med de forskellige. Det medfører en risiko for, at borgeren fejlmedicinerer sig selv. Sygeplejerskerne forklarer, at de foretager en vurdering af borgerens kompetencer og en vurdering af risikoen ved en fejlmedicinering. Herudfra afgør de deres risikovillighed i forhold til den konkrete borger, og beslutter, om de vil forsøge at lade borgeren håndtere medicinen selv. Her synes sygeplejerskernes faglige samvittighed og ansvarsfølelse for borgeren igen at veje tungt og minimerer risikovilligheden og dermed praksis med at lade borgeren overtage opgaven.

Dosispakket medicin har et afsluttende fokus. Der er dog strukturelle problemer med at anvende det som redskab til afslutning. Sygeplejerskerne oplever, at lægerne modarbejder dosispakket medicin, fordi det er besværligt ved ændringer og en økonomisk belastning for borgeren. Herudover kan lægerne lide, at sygeplejerskerne kommer i hjemmet og på den måde holder et øje på borgerne, antager sygeplejerskerne. Det er en praksis, der var legitim i 'gamle dage' pointeres det i citatet.

De skriver, at de ønsker ikke, at deres borgere kommer på dosispakning – det er på grund af usikkerheden ift. medicingivningen. (...) Jeg tror faktisk, at det er fordi, de godt kan lide, at vi kommer i hjemmet. Så ser vi måske nogle andre ting oveni. I gamle dage var det tit en indgangsvinkel til en borger. [Sygeplejerske, D-ny]

Sygeplejerskerne beskriver således en oplevelse af, at en ekstern aktør, praksislægen, holder dem fast i en rolle, der ikke længere formelt er legitim, hvis ikke yderligere begrundet. Altså, at komme hos borgere blot for at være der, hvis borgeren får behov for plejeydelser.

8.7 Hvor langt skal man gå for at få borgeren til at modtage hjælp?

En omvendt problematik i forhold til de foregående afsnit er, hvor mange ressourcer sygeplejerskerne skal lægge i at forsøge at komme til at behandle borgere, der ikke ønsker at modtage behandlingen. Sådan spørger sygeplejerskerne sig selv, som det læses af citatet, der følger.

Hvor mange ressourcer skal vi bruge på at opsøge en mand, som ikke gider være i kontakt med os, fordi vi skal give ham noget medicin, som han i bund og grund selv kan tage, men som han ikke tager og ikke passer? [Sygeplejerske, D-gl]

Observationerne gav bl.a. indblik i et samarbejde med en borger, der modsatte sig at påbegynde en behandling, fordi han antog, at der ville være for store gener ved den.

Borgeren, der ikke ville have en behandling...

Borgeren havde længe modtaget en ineffektiv behandling. Den havde været uddelegeret, fortalte sygeplejersken, og der havde ikke været fokus på, om behandlingen virkede, og den var blot fortsat. Det havde sygeplejersken opdaget og havde talt med borgeren om at afprøve en ny behandlingsform. Men borgeren ønskede den ikke.

Borgeren var også tilknyttet en anden kommunal enhed. For at forklare borgeren fordelene ved behandlingen såvel som at informere om, hvordan forløbet ville blive, havde sygeplejersken inviteret borgerens kontaktperson i den anden enhed til et fællesmøde hos borgeren. Formålet var herigennem at motivere borgeren til at modtage behandlingstilbuddet. Mødet tog ca. en halv time, hvor sygeplejersken ad flere omgange forklarede borgeren, hvad behandlingsforløbet ville bestå i. Borgeren var under mødet flere gange ved at blive vred. Han ville ikke. Det ville genere ham i hverdagen, konkluderede han.

Nogle gange talte sygeplejersken, nogle gange kontaktpersonen. De supplerede hinanden. Der blev argumenteret for, at det på sigt ville være godt – trods gener i en treugers periode. Der blev argumenteret for, at det ville frigøre ham fra mange kommunale besøg. Til sidst blev der argumenteret for, at han jo kunne prøve, og hvis det blev for ubehageligt, kunne han jo stoppe. Han sagde nu ja.

Efter mødet hos borgeren spurgte jeg sygeplejersken, hvorfor de ikke bare havde accepteret hans nej tak i første omgang. Hvor meget skal man gøre for at få borgere til at følge behandlingen? Hvornår skal man blot acceptere, at borgeren selv bestemmer? Sygeplejersken havde selv tænkt tanken, og følgende parametre havde betydning for hendes vurdering:

- Behandlingens effekt: *Det vil være til borgerens fysiske bedste at følge behandlingen. Ikke at få behandlingen vil kunne medføre betydelig funktionsnedsættelse, endda død. Det vil være tabt liv, livskvalitet og, ved funktionsnedsættelse, større kommunale omkostninger.*
- Borgerens alder. *Han er forholdsvis ung med potentielt mange tabte leveår.*
- Borgerens kognitive funktionsniveau: *Forstår han overhovedet konsekvenserne af at sige nej tak? Uden at det var dokumenteret, havde sygeplejersken sin tvivl, om han gjorde dette. Med den anelse ville det være forkert at stoppe motiveringen ved første afvisning.*

- Alle muligheder skal være afprøvede: *Med de øvrige udfordringer han har, hvor han får hjælp af den anden kommunale enhed, syntes det ikke rimeligt at henlægge behandlingen, førend det havde været forsøgt i fagligt fællesskab at forklare og motivere borgeren.*

Vurderingen af, om det er legitimt at afslutte en borger, følger altså efter et kompleks af forskellige parametre. De synes at kunne inddeles i to kategorier: En der, som det beskrives flere steder i rapporten, vedrører en risikovurdering, hvis behandlingen ikke gennemføres, og en værdi om, at alle muligheder (i rimelig grad) skal være afprøvet.

8.8 Den kompenserende tilgang...

Sygeplejerskerne er tydelige om, at det ikke er i alle tilfælde, at det er meningsfuldt at arbejde rehabiliterende eller med sigte på at afslutte en borger, og de peger selv på, at de ikke oplever, at rehabilitering i tilstrækkeligt omfang ligger til grund for deres tilgang.

Hvilke logikker former så deres tilgang? En kompenserende hjælp og omsorg, viser observationerne. I det faktum at have vurderet, mere eller mindre bevidst og struktureret, at de ikke kan overdrage opgaver til borgerne, ligger, at sygeplejerskerne varetager dem. Herudover kan de også gøre lidt ekstra. Det kan være ting, fra at de låser sig selv ind, til at de finder noget at drikke til borgeren. Det må gerne være rart for borgeren, forklarer en sygeplejerske under et borgerbesøg. Den ekstra omsorg kan de også yde i hjem, hvor borgerne selv tager del i opgaveløsningen.

Hertil kommer, at den rehabiliterende tilgang stadig er under indlæring, selvom hverdagsrehabilitering har været en bærende vision for praksis i plejen siden 2007. Gamle logikker, dvs. praksisser og tanker om praksis, former stadig arbejdet. Det ses fx i uddraget fra en observation i boksen herunder.

At lade borgeren gøre tingene selv ligger ikke på ryggraden...

Vi besøgte en borger, som for første gang var på sygeplejerskens køreliste. Hun skal have en injektion. Efter noget smalltalk spørger sygeplejersken, om de skal få injektionen overstået. Sygeplejersken spørger bagefter, om der så kommer flere injektioner efter denne, og borgeren fortæller, at dette var den sidste. Hun er snart på benene igen, fortæller hun. Sygeplejersken putter nålen i kanylespanden, og borgeren spørger, hvad hun skal gøre med spanden. Sygeplejersken rækker ud efter den, men lader den stå, og fortæller borgeren, at hun kan aflevere den på ethvert apotek, når hun alligevel har et ærinde. Sygeplejersken fortæller efterfølgende, at hun tog sig selv i at sige, at hun kunne tage den med. Borgeren er jo ung og frisk – hun kan sagtens selv bringe den til apoteket. Selvom de fleste hellere vil have, at vi gør det for dem, forklarer hun efterfølgende.

Observationen viser, at sygeplejerskens første indskydelse er at række ud efter kanylespanden for at bringe den til destruktion i stedet for at lade borgeren om det. Sygeplejerskerne beskriver rehabilitering som at lade borgerne varetage de opgaver, de selv kan, herunder oprydning. Selv at bringe en kanylespand til destruktion er et eksempel, de giver på, hvad der hører herunder. Tanken om, at det er borgerens eget ansvar, ligger ikke på ryggraden. Det kræver en aktiv tanke at lade være med at tage spanden med.

Omvendt lod sygeplejersken i observationen borgeren være 'tovholderen' i egen behandling, dog ikke nødvendigvis som en bevidst rehabiliterende handling. Ved at tale med borgeren om behandlingen finder hun ud af, at det er den sidste injektion. På den måde er det borgeren, der har overblikket over egen behandling og formidler den til sygeplejersken. Talte borgeren ikke sandt, ville misinformationen blive fanget i journaliseringssystemet, som automatisk ville sætte borgeren på kørelisten igen, såfremt behandlingen var ordineret til flere dage. På den måde er der som sådan ingen behandlingsmæssige risici ved, at borgeren selv informerer. Hvordan borgeren oplevede det, er ikke undersøgt.

8.9 Opsamling

I dette kapitel er sygeplejerskernes arbejde med borgerne undersøgt, og kapitlet besvarer således undersøgelsesspørgsmål 3 og 3.a.

Sygeplejerskerne forklarer rehabilitering som at overdrage de dele af opgaveløsningen, som borgeren kan magte, til borgeren. For eksempel at gøre klar til sygeplejerskens arbejde og rydde op efter det. Heri ligger, at sygeplejerskerne nedbryder deres opgaver i delelementer, som de vurderer borgerens kompetencer i forhold til. Denne forståelse af rehabilitering holder således fokus på at minimere sygeplejerskens arbejde i forbindelse med opgaveløsningen, såvel som på afslutning af opgaver og i mindre grad på at tage udgangspunkt i borgerens liv, mål og motivation.

Mens sygeplejerskerne forklarer rehabilitering som at overdrage (elementer af) eller helt afslutte opgaver, er der i deres forklaringer af, hvordan de arbejder med de forskellige borgerkategorier, elementer af en rehabiliteringsforståelse, der omfatter at styrke borgeren som styrende i eget liv. Som fx i citatet i afsnit 6.3, hvor en sygeplejersker forklarer, hvordan hun sidder ved siden af borgeren, mens denne ringer til lægen, *fordi*, forklarer sygeplejersken, det er en måde at hjælpe borgeren til at styre sit eget liv igen. Her bliver motivationen for at hjælpe borgeren ikke selve det at kunne overdrage eller afslutte en opgave, men at hjælpe borgeren til at nå et personligt mål, der ofte antages at være generelt for borgere, der modtager pleje: at styre deres eget liv.

På den måde bliver rehabilitering i sygeplejerskernes forklaring af, hvad det er, til en praksis der er til for at overdrage opgaver til borgeren selv og således reducere arbejdsopgaverne. I deres beskrivelser af, hvordan de opnår dette i samarbejdet med borgerne, åbnes forståelsen dog op, og der arbejdes med, hvad der er eller kan tænkes at være borgernes egen motivation.

Selve den sygeplejefaglige opgaveløsning opfattes ikke (nødvendigvis) som en tværfaglig samarbejds mulighed. Andre fagligheders arbejde med borgeren synes således både at kunne være parallelt, dvs. andre fagpersoner kan arbejde med andre problematikker sideløbende, eller successivt, hvor den sygeplejefaglige opgave overdrages til andre faggrupper, eller andre faggrupper arbejder med andre problematikker efterfølgende.

Når sygeplejerskerne afgør, om opgaver kan overdrages af borgeren selv, er det på baggrund af en risikovurdering: Hvor stort et funktionstab risikerer borgeren at få, hvis han eller hun står med opgaven men ikke kan løfte den?

Hvordan sygeplejerskerne arbejder med at motivere borgerne til at varetage hele opgaven eller delelementer selv afhænger af, hvilken kategori borgeren tilhører. For eksempel om det er en skrøbelig borger, en borger i et socialt tomrum, eller en borger, der forventer, at sygeplejersken udfører hele opgaven. Motiveringen kan fx bestå i langsomt at udfase sygeplejerskens opgavevaretagelse og samtidig optrappe borgerens varetagelse, alt mens borgeren oplever at

kunne magte opgaven selv. Eller sygeplejersken kan argumentere med, at det er en ledelsesbeslutning, at borgere selv skal tage aktiv del i opgaveløsningen.

Strukturelle forhold påvirker også sygeplejerskernes oplevelse af, om de kan overdrage opgaver eller delelementer til borgeren selv. For eksempel fører travlhed til nedprioritering af et rehabiliterende fokus, både hos dem selv og de plejere, opgaver uddelegeres til. Sygeplejerskerne praktiserer ikke struktureret opfølgning på uddelegerede opgaver, hvorfor et rehabiliterende potentiale kan gå tabt ved uddelegering. Apotekernes bundne praksis med at udlevere det billigste præparat øger risikoen for, at borgere kommer til at fejlmedicinere sig selv og mindsker sygeplejernes villighed til at overdrage opgaven til borgeren selv.

Endelig er der også borgere, der modsætter sig behandling, men hvor sygeplejerskerne alligevel udfører et motiverende arbejde. Hvor længe det gøres, afhænger bl.a. af den forventede effekt af behandlingen og risici ved manglende behandling, borgerens alder, kognitive niveau, og om alle oplagte muligheder for at motivere til behandling er afprøvede.

9 Uddelegering til plejerne

Det foregående kapitels emne var sygeplejerskernes forståelse af og tanker om praktisering af rehabilitering. Sygeplejerskernes rehabiliterende praksis er formet af, hvornår i et forløb, de ser borgeren. Her spiller deres samarbejde med plejerne ind, for når en borgers sygeplejefaglige problematik er stabil og ikke længere kompleks, skal de overdrage den til plejerne, primært til social- og sundhedsassistenter og i mindre grad -hjælpere. Dette kapitel fokuserer på uddelegeringen og samarbejdet mellem sygeplejersker og plejerne.

9.1 Uddelegering i en teamorganisering...

En lang række opgaver, som sygeplejerskerne uddelegerer til plejerne, er **personligt uddelegerede**. Det vil sige, at opgaven overdrages til en eller flere konkrete plejere. Denne form for uddelegering er meningsfuld for sygeplejerskerne, fordi de føler sig sikre på, at opgaven løftes kompetent – ellers ville de ikke have uddelegeret til den kollega. Den personlige uddelegering er særligt meningsfuld i den teambaserede organiseringsform, fordi den sikrer, at sygeplejerskerne kender plejernes kompetencer, forklarer sygeplejerskerne.

Det er det der kollegiale kendskab, vi har til hinanden (...) Vi kender deres kompetencer. Så mange af de opgaver, som vi ser som stabile, eller noget, som ikke behøver at kræve en sygeplejerske, dem lærer vi dem op i. [Sygeplejerske, D-gl]

Sygeplejerskerne i D-ny, for hvem det stadig er meget nyt at være teamorganiseret, mærker tydeligt denne effekt af at være samlet i et mindre team. Teamets medarbejdere bruger hinanden mere end i den tidligere organisationsform, også blot fordi det er nemmere at få hinanden i tale.

Grundlæggende har sygeplejerskerne i begge distrikter erfaring med og tillid til, at plejerne selv opsøger ekstra viden, de måtte mangle for at udføre en uddelegeret ydelse og også at sige fra over for en opgave, hvis de ikke oplever at have forudsætningerne for at kunne løse den. De oplever, at nogle plejere har en faglig nysgerrighed ikke blot i forhold til at varetage en pålagt opgave, men også til at lære nyt for at kunne varetage opgaver fremadrettet.

I forhold til at uddelegere til hjælpere, der synes jeg faktisk, at hjælperne er gode til at byde ind selv. "Den der opgave – den mangler jeg egentligt noget viden om. Den vil jeg gerne lære noget om". [Sygeplejerske, D-ny]

Der er flere plejere, der, modsat sygeplejerskernes oplevelse, reflekterer over, at de såvel som sygeplejerskerne viser for lidt engagement i forhold til uddelegering af opgaver. De oplever, at mange sygeplejersker ikke spørger, fx i plenum, om nogen har lyst til at overtage en opgave, og at hvis en sygeplejerske endelig spørger, om nogen ønsker en opgave, kigger alle ned i bordet.

Plejere i **D-ny** efterspørger både mere uddelegering såvel som en mere gennemtænkt uddelegering. Plejerne peger i interview på, at de synes, der bør tænkes større sammenhæng i borgerens forløb, fx at opgaverne skal fordeles på færre hænder. Er der opgaver, plejerne er kompetente til at varetage, i et hjem, hvor de allerede kommer, skal de have opgaven, mener plejerne. I citatet herunder forklarer en plejer, hvordan det opleves.

... eller støttestrømper og smøre creme på en borger. Så kommer sygeplejersken og smører. Jeg kan få det uddelegeret af sygeplejersken. Så kunne vi spare tid. (...) Når

jeg skal arbejde med en borger, har jeg brug for at vide, hvilken hjælper eller sygeplejerske, der er omkring det her. For der er ingen grund til, at jeg tager derover, hvis en sygeplejerske skal derover. Eller hvis der allerede er en hjælper derovre, som kunne gøre nogle af de ting, jeg skulle. Eller jeg kunne flytte mit besøg, så vi ikke er der alle sammen på samme tid. [Plejer i D-ny]

Plejerne efterspørger således initiativer flere steder fra i organisationen. Dels skal der skabes et let tilgængeligt overblik over, hvem der arbejder med en borger, således at kommunikationen mellem disse fremmes. Dernæst skal opgaverne samles på så få hænder som muligt, og heri ligger, at sygeplejersker skal uddelegere til den eller de plejere, der er omkring borgeren, så snart deres kompetenceniveau rækker. Alternativt også, at sygeplejersker varetager alle sygeplejefaglige opgaver hos en borger, dvs. at uddelegerede opgaver ryger tilbage til sygeplejersken, hvis denne opstarter nye ydelser hos en borger. Forslaget begrundes bl.a. rationelt (jf. ^{5,6}) med at det kan spare tid, såvel som moralsk (jf. ^{5,6}), da det er af hensyn til borgeren. Plejerne mener ikke, at der er grund til at belaste borgerne med, at mange forskellige medarbejdere kommer i deres hjem.

Når det er besluttet, at en opgave skal uddelegeres, sker det meget enkelt i deres dokumentationssystem, hvor nye initialer føjes til opgaven, evt. fulgt af uddybende kommentarer. Plejerne er meget opmærksomme på, at det er de rette initialer, der står på opgaven, da det er afgørende for deres tidsregistrering.

9.2 Kontrollen med, hvem der overtager opgaven...

Betydningen af at kende plejernes kompetencer, som de gør internt i teamene, fremstår tydelig i sammenligningen med at uddelegere til private aktører. Det illustrerer det følgende citat.

Jeg synes bare, det er svært, fordi når jeg uddelegerer i mit team, så har jeg føling med, hvem det er til. Der er også forskel i mit team på, hvem jeg synes, der kan varetage de enkelte hjem. Men lige så snart det kommer ud på de private leverandører, så er vi jo ikke herre over, hvem der sendes ud. (...) Vi kan fx ikke sikre, at det er den samme medarbejder, der kommer i hjemmet. [Sygeplejerske, D-gl]

Uddelegeres en opgave til fx social- og sundhedsassistenter hos private leverandører, oplever sygeplejerskerne ikke den samme grad af kontrol med uddelegeringen, som når det er en intern uddelegering. De har ikke samme kendskab til plejeren/plejerne, der overtager opgaven, og de har ingen kontrol over, hvor mange der varetager opgaven.

Praksissen med at uddelegere personligt til de plejere, hvor de føler sig trygge ved kompetencerne, er også presset internt i kommunen. For det første, fordi sygeplejerskerne i de to distrikter oplever at have forskellige muligheder for at uddelegere til den eller de af plejerne i teamet, de er trygge ved kan løfte opgaven. Lederne har formidlet til sygeplejerskerne, at social- og sundhedsassistenterne i udgangspunktet skal betragtes som kompetente til at varetage en række sygeplejefaglige opgaver. Men, som sygeplejerskerne påpeger, er teori og praksis ikke nødvendigvis det samme. **I D-gl** kan sygeplejerskerne handle på deres opfattelse af, at kun bestemte plejere er kompetente til at varetage en opgave, og sørge for, at det er denne eller disse medarbejdere, der uddelegeres til – og ellers at opgaven vender tilbage til sygeplejerskerne, hvis den eller de bestemte plejere ikke er på arbejde.

I de hjem, hvor man ikke mener, at det kan uddelegeres (videre), der har jeg også en mening om, hvem der kommer i de hjem. I de hjem, hvor jeg ikke synes, at der skal komme vikar, så går jeg til planlæggerne og siger, at der er uddelegeret de og

de ydelser, og der vil jeg ikke have vikar på eller skriver en kommentar om, hvem der kan varetage det. [Sygeplejerske, D-gl]

I D-ny oplever sygeplejerskerne, at de ikke har indflydelse på, hvilken social- og sundhedsassistent, der skal varetage en uddelegeret opgave. Det er planlæggeren og ikke sygeplejerskerne, der bestemmer, hvilken social- og sundhedsassistent en opgave uddelegeres til. På den måde oplever sygeplejerskerne, at de ikke kan bringe den indsigt i social- og sundhedsassistenternes kompetencer i spil i forhold til uddelegering, som de får qua det, at de er teambaserede. Tilliden til én af teamets plejeres kompetencer kan med andre ord ikke anvendes som redskab til øget uddelegering. Kendskabet til de forskellige plejeres kompetencer kan på den måde kun anvendes til at skabe tryk, *når* de hører, at en given plejer har fået opgaven, eller omvendt skabe utryk, når de hører, at en given anden har opgaven.

Plejen er organiseret ud fra, at 90 % af opgavevaretagelsen er dækket af fastansatte, og 10 % af vikarer (indtil foråret 2016 var fordelingen 80/20). Det betyder, at der ofte er vikardækning i teamene, som naturligvis ikke har personligt uddelegerede opgaver. Sygeplejerskerne havde alligevel erfaring med, at uddelegerede opgaver var varetaget af vikarer. Det betyder, at en opgave uddelegeret i tillid til, at bestemte kollegaer er kompetente til at varetage opgaven, nu varetages af plejere, hvis kompetencer de ikke føler sig sikre på er tilstrækkelige, forklarer sygeplejerskerne. Det illustreres i citatet nedenfor.

Vi havde uddelegeret, og så var der sygdom hos assistenterne. Så figurerede det pludselig på en vikarliste. Vi havde egentlig været så omhyggelige med at oplære og sikre os, at assistenterne der varetog opgaven, kunne den. Og så var den bare pludselig smidt over på en afløser. Og det var sådan: "Har du prøvet det før?" Det havde hun da vist nok engang for længe siden... og så bliver man lidt forskrækket og tænker åh nej, hvordan sikrer jeg, at det står tydeligt, at det er dem, der er oplært i det, der kan varetage opgaven? [Sygeplejerske, D-ny]

Citatets afslutning illustrerer en rådvildhed hos sygeplejerskerne i forhold til, hvordan de kan handle, så de er sikre på, at uddelegerede opgaver varetages af nogle, der reelt kan varetage opgaven. Ikke blot på papiret, men i praksis. Problemet opstår, når der sker mandefald, og når der samtidig ikke er plejere, som sygeplejerskerne vurderer kompetente til opgaven. Plejere, som må være vurderet kompetente af planlægger og som selv accepterer opgaven.

Som beskrevet ovenfor oplever sygeplejerskerne i D-gl at kunne kontrollere dette i forhold til interne borgere. De taler med planlæggeren om det. Den handlemulighed er ikke til stede i D-ny, hvor planlæggerne ikke på samme måde tager højde for, hvordan sygeplejerskerne vurderer teamets forskellige plejere kompetente til opgaven.

Også ved opgaver, der ikke er personligt uddelegerede, oplever sygeplejerskerne, at der kan være mange forskellige plejere inde over en uddelegeret opgave. Dette, og at sygeplejerskerne ikke følger systematisk op på uddelegerede opgaver, medfører, at ingen har indblik i udviklingen i borgerens problematik, eller at en ydelse blot fortsætter i 'uendelighed', selvom den burde have været stoppet for længe siden, efter sygeplejerskernes mening. Som citatet nedenfor illustrerer, kan det få sygeplejerskerne til at trække en uddelegeret ydelse tilbage.

Jeg kan mindes at have taget nogle tilbage, fordi man oplever, at borgeren pludselig kom til at cirkulere rundt mellem afløserne, og så var der ikke stabilitet i det. For eksempel for folk med hudgener – de (plejere) kom jo med et nyt blik hver gang, og så er der ikke nogen kontinuitet i at beskrive udviklingen i det. Og vi har da set nogle situationer med svære hudgener, hvor en siger: "Hold da op, det ser rigtig

skidt ud derovre". Og man kommer selv ud og tænker: "Holy! Hvorfor har ingen reageret?" ... Men de ser kun det endagsbillede. [Sygeplejerske, D-ny]

I citatet beskrives det, at et vigtigt arbejdsredskab, kontinuerede observationer, går tabt, når mange forskellige plejere varetager en uddelegeret opgave. Som det også beskrives i citatet kan konsekvensen være forværring af borgerens tilstand, og som det beskrives flere steder i rapporten, er det uacceptabelt qua sygeplejerskernes faglighed, at borgernes situation forværres unødigt. Sygeplejerskerne har desuden ansvaret for ydelsen og kan i den henseende ikke se gennem fingre med, at opgaven ikke varetages optimalt. På den måde er en forværring på flere parametre et uacceptabelt udkomme af en uddelegering. Varetager sygeplejerskerne selv ydelsen, er de sikre på en kontinuitet i observationerne, fordi de er så få pr. team, og dette kan være løsningen, de tager i brug.

Hvorvidt og hvordan plejerne oplever, at borgere ryger frem og tilbage mellem sygeplejerskerne og plejerne, og om de oplever, at borgere cirkulerer mellem de to personalegrupper, er desværre ikke tilstrækkeligt belyst i undersøgelsen. Plejerne beskriver dog, at de oplever, at der uddelegeres for lidt eller forkert til dem. Dels oplever de, at flere plejere skal komme i samme hjem for at varetage henholdsvis pleje og sygeplejeopgaver, hvor de vurderer, at opgaverne fint kan samles på én plejer. Og dels oplever de, at både plejer og sygeplejerske kommer i hjemmet, og at de vurderer, at de fint kunne overtage den sygeplejefaglige opgave. Det medfører ifølge deres vurdering et overflødigt rend i borgerens hjem og udgør således en gene for borgeren. De foreslår, at dette skal være et fast element på teammøder, dvs. møder hvor alle er til stede.

9.3 Sygeplejerskernes tillid til plejernes kompetencer

Som allerede beskrevet betyder teamorganiseringen, at sygeplejerskerne oplever at have fået bedre føling med plejernes kompetencer i forhold til sygeplejefaglige opgaver. Alligevel er der også flere sygeplejersker, særligt i D-ny, der nuancerer dette billede. De oplever, at der er så store forskelle i de reelle kompetencer blandt social- og sundhedsassistenterne, som gør, at de ikke er trygge ved at uddelegere til gruppen som helhed. Det belyses i dette afsnit.

I D-ny – i nogle af teamene – arbejdede de på tidspunktet for interviewet med kompetenceskemaer for social- og sundhedsassistenterne, hvori det registreres, om den pågældende social- og sundhedsassistent er kompetent til at varetage forskellige opgaver. Skemaet er et redskab til at håndtere usikkerheden om social- og sundhedsassistenteres kompetencer, forklarer sygeplejerskerne. Skemaernes legitimitet varierer dog blandt sygeplejerskerne. I nogle team er praksis, at social- og sundhedsassistenterne kan sætte kryds ved en kompetence, blot de har deltaget i 'et kort møde', hvor en behandling blev gennemgået. En pragmatisk tilgang til en masseopgradering, men ikke en tilgang, der gør sygeplejerskerne trygge. En anden løsning er, at social- og sundhedsassistenterne skal gå som føl hos en sygeplejerske, der varetager en given opgave, og herigennem vise sig kompetent. En tilgang, der skaber legitimitet og tryghed hos sygeplejerskerne, men som er tung, for medarbejdere næsten uoverskuelig, i praksis. Når det lykkes, og social- og sundhedsassistenten mestrer opgaven, giver følelsen dog et stort afkast, forklarer lederne. Social- og sundhedsassistenternes selvtillid øges, for de mærker at mestre opgaven, og de oplever, at det anerkendes af sygeplejerskerne. Herudover opbygger det relationen mellem de to faggrupper, som det ses af citatet nedenfor.

Selvfølgelig er det for assistenter, som for rigtig mange andre mennesker, at det er svært, at der er en, der skal kigge én over skulderen. Men når man så har vist, at

det kan man faktisk godt det her, så bliver der dannet en relation mellem sygeplejersken og assistenten, sådan at de får lidt bedre kendskab til hinanden, og så kan der ske endnu større opgaveglidning. [Leder for plejerne, D-ny]

Endelig forklarer lederen af sygeplejerskerne, at der er det aspekt ved *redskabet kompetenceskemaet*, at det ikke er dækkende for alle de opgaver, sygeplejerskerne står med, og som de potentielt kan uddelegere.

Uagtet om sygeplejerskerne finder kompetenceskemaet som en retvisende repræsentation af plejerens kompetencer, anvender flere af sygeplejerskerne det ikke, når de uddelegerer opgaver. De anvender i stedet *dialog* som redskab. De forventer, og belaver sig på, at social- og sundhedsassistenten selv tager ansvar for kun at påtage sig de opgaver, de magter.

Nej, det gør vi da ikke (anvender kompetenceskemaet i forbindelse med uddelegering), vi håber på, at de siger til. Jeg går ud fra, at de selv siger det og har styr på det. [Sygeplejerske, D-ny]

Sygeplejerskerne oplever således, at de ikke kan have tillid til (alle) social- og sundhedsassistenternes kompetencer, ej heller at det er meningsfuldt at anvende kompetenceskemaet som redskab. Nogle fordi de vurderer, at det ikke giver et retvisende billede af kompetencerne. Andre fordi de, uagtet om de stoler på *redskabet kompetenceskemaet* eller ej, i stedet anvender redskabet *dialog* og *tillid* til, at social- og sundhedsassistenten selv siger til og fra. Dette taget i betragtning, synes kompetenceskemaet ikke at være implementeret som det redskab, det var tænkt: at give sygeplejerskerne forsikring om assistenternes kompetencer.

9.4 Barrierer for uddelegering fra sygeplejersker til plejere

Forskellige forhold gør sygeplejerskerne forbeholdne overfor at uddelegere til plejerne, og de trækker tråde til de foregående afsnit.

Sygeplejerskerne peger på, at en væsentlig årsag er deres usikkerhed om kompetenceniveauet hos social- og sundhedsassistenterne, en usikkerhed som redskabet 'kompetenceskemaer' ikke har formået at fjerne i praksis.

Der er også nogle gange, hvor vi ikke rigtig har lyst til at komme af med dem (opgaverne), men hvor vi er blevet presset til det, for vi kunne ikke nå vores ting. Det er også vores leder, der siger, vi bliver nødt til at uddelegere mere. [Sygeplejerske 1, D-ny]

Det er også de der situationer, hvor vi har noget på fornemmelsen – vi har ikke noget konkret. Der sker bare et eller andet ... tingene falder fra hinanden (når vi uddelegerer), og jeg ved ikke, om det er, fordi vi synes, at vi har en evne til at observere og lægge mærke til noget, som de andre ikke har, som gør, at vi kan forebygge... [Sygeplejerske 2, D-ny]

Vi er uddannet mere til det hele menneske og ser ting rundt omkring borgeren, hvor mange assistenter, synes jeg, kigger på den ting, de kommer der for. Og så går de igen. Man kan ikke sige det generelt, men... [Sygeplejerske 3, D-ny]

Citaterne ovenfor illustrerer, hvordan sygeplejerskerne oplever et krydspres i hverdagen. De har en større portefølje af opgaver, end de selv kan varetage, og er derfor pressede til at uddelegere, bl.a. opgaver pålagt af deres leder. Det er således autoritativt funderet – det er

den løsning, de skal anvende. Men det er svært for dem (i forhold til nogle borgere). Selvfølgelig den konkrete ydelse, der udføres hos borgeren, kan måske nemt nok uddelegeres. Men ved at uddelegere, får den komplekse borger ikke et tilbud, der reelt imødekommer problemkomplekset – fx at borgeren har flere konkurrerende lidelser og medikamenter, der interagerer med hinanden. Risikoen er, at *det falder fra hinanden*, at interaktioner ikke opdages, og at udviklinger i de forskellige lidelser ikke spottes, fx når vekslende plejere tilser en borger, og kontinuiteten derfor bortfalder. At uddelegere i sådanne situationer synes for sygeplejerskerne således lig at blive bedt om at gå på kompromis med sin sygeplejefaglighed – selvom en given plejer er kompetent til at varetage de enkelte ydelser hver for sig. Det kan betyde, at sygeplejerskerne holder på en opgave, eller at de holder på den i længere tid. Det kan fx være forbindinger, hvor en borger skal have afvandet sine ben. Tidligere har de uddelegeret opgaven med det samme, men da de opdagede, at ydelsen var fortsat et år – den skulle have fortsat få uger – har de ændret procedurer. De afvander nu selv ben og overdrager herefter, når støttestrømperne er klar, opgaven med forbindelse, til plejerne.

En anden årsag, der holder sygeplejerskerne tilbage med uddelegering, er, hvad sygeplejerskerne oplever som en forskel i forhold til samvittighed og ansvarsfølelse hos dem og plejerne. Sygeplejerskerne forklarer, at plejerne skeler nøje til uret, og når deres arbejdsdag er omme, tager de hjem. Det betyder fx, at sygeplejerskerne oplever, at plejerne ikke tager sig tid til at forholde sig til borgerens hele problemkompleks, hvis de ikke har tid til det i deres køreliste. De beskriver det blandt andet som en ansvarsfralæggelse at skele til uret og lade arbejdsdagen slutte, når arbejdstiden slutter, frem for når en opgave er godt afsluttet, og fremhæver det som en tilgang, de ikke selv kunne finde på at praktisere.

Heri ligger en moralsk delegitimering^{6,10} af plejerne: De arbejder ikke i overensstemmelse med sygeplejerskernes værdier for god praksis, og derfor bliver det risikabelt at overdrage opgaver til dem.

En tredje barriere for uddelegering er tabet af kontrol over kørelisten, som er en konsekvens af uddelegering. Sygeplejerskerne navigerer efter, at de kan uddelegere til personer, de har tillid til kan løfte opgaven, og at de kan sikre sig, at opgaven vender tilbage til dem, hvis der ikke er kompetente plejere på arbejde. Denne strategi har dog den bagside, at det kan være svært at være sikker på, at en opgave en given dag faktisk bliver varetaget af andre og netop ikke er vendt tilbage på egen, i forvejen fyldte, køreliste. For opgaverne vender jo tilbage til sygeplejerskens køreliste, hvis der ikke er kompetente plejere på arbejde. Citatet herunder illustrerer det.

Det, der kan være svært rent planlægningsmæssigt... hvis man har nogle sygeplejerydelser, der er uddelegeret, og så lige den dag, der er rigtig mange vikarer, som ikke kan varetage den her opgave; så falder det tilbage på os sygeplejersker, som i forvejen havde den her fyldte liste. Vi havde jo uddelegeret. Så må du jo, måske med en fyldt liste, få de to-tre opgaver oveni. [Sygeplejerske, D-gl]

Sygeplejerskerne har altså fra dag til dag ikke overblik endsige kontrol over, om opgaven igen ligger hos dem. Det kommer an på social- og sundhedsassistenternes arbejdsplan og fravær. At opgaven kommer tilbage til dem selv, er således både en fordring såvel en hindring for, at sygeplejerskerne uddelegerer. Det giver sygeplejerskerne sikkerhed for, at hvis ingen kompetente plejere kan varetage opgaven, gør de det selv. Ergo, opgaven vil blive varetaget kompetent. På hindrings-siden tæller til gengæld, at opgaverne kommer tilbage, når der ikke er kompetente plejere til at varetage opgaven. Flere sygeplejersker omtaler det som *næsten nemmere* bare selv at køre forløbene, for så ved de, hvordan deres køreliste ser ud, og de sikrer selv kontinuiteten i observationerne. Endelig har der været tilfælde, hvor borgeren ikke røg tilbage til sygeplejersken, men i stedet blev tilset af en anden plejer, der ikke var kompetent. Tilliden

til systemet – at opgaven vender tilbage til sygeplejersken, hvis ikke der er plejere på arbejde, der er kompetente til opgaven – har således været brudt. Nogle sygeplejersker nævner, at det gør dem tilbageholdende med at uddelegere, fordi de ikke kan føle sig sikre på, at opgaven løses kompetent.

9.5 Opsamling

I dette kapitel er sygeplejerskernes arbejde med uddelegering undersøgt, og kapitlet besvarer således undersøgelsesspørgsmål 3 og 3.b.

Teamorganiseringen fremmer mulighederne for uddelegering, fordi sygeplejerskerne herigennem får bedre føling med de enkelte plejeres kompetencer. I D-gl oplever sygeplejerskerne, at de kan omsætte deres indsigt i plejernes kompetencer til at sikre, at de rette plejere varetager de uddelegerede opgaver. Det gør de bl.a. gennem aftaler med planlæggeren. Det oplever de ikke i D-ny at kunne, og de oplever derfor ikke at kunne omsætte deres indsigt i plejernes kompetencer til en målrettet uddelegering, men kun at føle tryghed, når de hører, at en bestemt plejer har fået opgaven. Fordi sygeplejerskerne ikke har kendskab til kompetencerne hos de private leverandører, oplever de i tråd hermed ikke tryghed i forhold til at uddelegere opgaver til dem.

Plejerne i D-ny efterlyser en mere gennemtænkt uddelegering. For at spare ressourcer og for at skåne borgerne for, at mange forskellige ansatte kommer i deres hjem, skal alle sygeplejefaglige opgaver enten uddelegeres til samme plejer(e), eller alternativt skal sygeplejersken selv varetage alle sygeplejefaglige opgaver ved en borger, og eventuelle uddelegerede opgaver skal derfor vende tilbage til sygeplejersken.

Sygeplejerskerne har i varierende grad tillid til plejernes kompetencer, og derfor har de særligt i D-ny arbejdet med redskabet kompetenceskema til at skabe synlighed om de enkelte social- og sundhedsassistenters kompetencer. Redskabet har været anvendt forskelligt i forskellige team. I nogle team har de anlagt en pragmatisk tilgang, hvor social- og sundhedsassistenterne, efter at have gennemgået behandlinger på møder, har kunnet sætte kryds ud for den givne kompetence. Mens tilgangen sikrer en hurtig udfyldning af skemaer, mister skemaet legitimitet hos sygeplejerskerne, der ikke er overbeviste om, at skemaerne afspejler social- og sundhedsassistenternes reelle kompetencer. Omvendt giver tilgangen, hvor social- og sundhedsassistenterne går som føl hos en sygeplejerske først, og herigennem kan vise sig berettigede til et kryds i skemaet, legitimitet. Men tilgangen forekommer uoverskuelig i praksis. Uagtet om sygeplejerskerne finder skemaet som en retvisende beskrivelse af social- og sundhedsassistenternes kompetencer, er der flere, der ikke anvender det, når de står overfor at skulle uddelegere. Samlet set peger analysen på, at kompetenceskemaet ikke synes at være implementeret som det redskab, det var tænkt som fra ledelsens side: at give sygeplejerskerne forsikring om assistenternes kompetencer.

Sygeplejerskerne oplever, at der kan være mange plejere inde over en uddelegeret opgave, med det resultat, at et vigtigt arbejdsredskab, kontinuerte observationer af borgerens problematik, ikke kan anvendes. Sygeplejerskerne oplever også, at plejerne måske nok er kompetente i forhold til at varetage en konkret ydelse, men at de ikke har øje for helheden. For eksempel ikke for hvordan forskellige lidelser indvirker på hinanden. Det betyder, at de ikke kan handle optimalt i forhold til borgerens problematik.

Sygeplejerskerne oplever, at de befinder sig i et krydspres. De oplever, at deres portefølje er for stor, og de skal uddelegere. Ovenstående forhold kan dog holde dem tilbage, ligesom fx

også det, at uddelegerede opgaver vender tilbage til sygeplejerskerne, hvis der ikke er kompetente plejere på arbejde en given dag. At ydelserne vender tilbage til sygeplejerskerne er således både en forbandelse og en velsignelse i forhold til uddelegering. I første omgang sikrer det, at de tør uddelegere, for de ved, at opgaven vil blive varetaget af dem selv, hvis der fx er sygdom blandt de kompetente plejere. I anden omgang bliver de tilbagevendte opgaver en belastning, for det betyder, at sygeplejerskerne pludselig kan stå med en overbooket køreliste. Når de samtidig oplever, at kontinuiteten i observationerne af borgernes problematikker mangler ved uddelegering, oplever nogle, at det er nemmere blot at beholde opgaven selv.

10 Selvvisitering og registrering af arbejdet

Sygeplejerskerne skal registrere de sygeplejefaglige ydelser, som de tildeler borgerne, såvel som de skal dokumentere deres arbejde med borgerne. Dette kapitel beskriver denne praksis.

10.1 Selvvisiteringen og tildeling af tid...

Sygeplejerskerne er selvvisiterende. Det betyder, at når en ny borger kommer til kommunens indbakke, sendes opgaven videre til sygeplejerskerne i det distrikt, der dækker borgerens bopæl. Sygeplejerskerne er fx tilknyttet bestemte gader og veje, og på den måde ved de, om det er dem eller deres kollegaer, der skal tage hånd om nyindkomne opgaver.

Når de visiterer en borger til en ydelse, tager de udgangspunkt i kommunens ydelseskatalog. Heri er en række overordnede problematikker defineret, fx forskellige former for sårpleje, med vejledende tider tilknyttet. Men, som det fremgår af citatet nedenfor, er tiderne netop kun vejledende. Det er sygeplejerskernes faglige vurderinger og erfaringer med den konkrete opgave, der afgør, hvilken tid der afsættes til de forskellige ydelser.

Der er jo vejledende tider, men der er stor forskel på, hvordan det passer i de enkelte hjem. Du kan jo godt have en kompressionsforbinding hos én, der tager 10-20 minutter, men som tager 45 minutter hos en anden med meget tykke ben. Så ydelsen, ja, den burde måske kun tage 20 minutter, men det kan ikke gøre det. Og når man opretter en ydelse, så skal det jo også passe til, at min kollega, der kommer næste gang, kan varetage ydelsen på den tid, der er oprettet til det. [Sygeplejerske, D-gl]

Tiden, der tildeles en ydelse, skal svare til opgavens omfang. Dels for at sikre den rette tid i egen køreliste, men, som det ses af citatets afsluttende sætning, er der en moralsk værdi i at fastsætte den rette tid til ydelserne. Det er en måde at være en god kollega på, pointeres det, for ellers overdrager de en urimelig opgave til deres kollegaer.

Organiseringen med at være selvvisiterende er meningsfuld for sygeplejerskerne. I en tidligere organisationsform skulle sygeplejeopgaver forbi visitationen, som satte tider på opgaverne, ofte urealistiske tider, oplevede de. At opgaverne skulle forbi visitationen blev opfattet som et besværligt mellemled, der forsinkede ydelsen til borgeren unødigt og skabte gnidninger mellem visitationen og sygeplejerskerne.

Det var simpelthen et forstyrrende mellemled, der bare trak tiden ud. Det var simpelthen sådan en lettelse, da vi slap for det. Også fordi, at visitationen begyndte at sætte minutter på, hvor lang tid vi måtte tage om fx medicindosering, og det var ikke realistisk. De satte ikke altid en realistisk tidsramme op, og så skulle man diskutere med dem. Og jeg tror egentligt for sygeplejerskerne – så fik de også lige lidt magt selv. Og de satte jo i forvejen selv tiderne op, som de ville bruge. [Leder for sygeplejerskerne, D-ny]

Lederen af D-gl beskriver det samme og uddyber det med, at det giver dem en faglig frihed i deres arbejde. Styringen sker ikke, som tidligere, gennem et *tidstyranni*, men gennem tillid og ansvarsoverdragelse til sygeplejerskerne selv. Lederne bruger bl.a. som styringsredskab at informere medarbejderne om distriktets økonomi og udvikling. Lederne oplever, at det skaber engagement.

Det er lidt karruseller og gynger, og man skal få det store regnestykke til at gå op, så det giver nul på bundlinjen. Der er stor fleksibilitet, og der er ikke det store tids-tyranni, som der var engang. Er der behov for mere tid, jamen, så tager man sig den tid. Det er også en tillidssag. Selvfølgelig kan du ikke selv begynde at opfinde nye ydelser ude ved borgerne, men det ved man også. (...) Det skal selvfølgelig italesættes igen og igen, men de er blevet mere opmærksomme på: "Hold da op, jeg er også selv medvirkende til at skabe noget bedre økonomi". [Leder af D-gl]

Det pointeres også i citatet, at denne styringsform kræver en fortsat italesættelse af, hvad der er sygeplejerskernes opgaver hos borgerne.

Risikoen ved selvvisiteringen kan dog være, at kvaliteten i sygeplejen går for meget op, og sygeplejerskerne bliver for grundige, funderer den ene leder.

10.2 At advisere praksislægen...

Nye opgaver kommer ikke kun udefra. De kan også komme indefra, ved at sygeplejerskerne selv bliver opmærksomme på, at en borger har behov for en ydelse, at en af plejerne bliver det, eller at borgeren eller pårørende selv tager kontakt. Kommer de allerede hos en borger, som har brug for en ydelse, eller opstarter de hos en borger, efter at være blevet gjort opmærksom på et behov, informerer de praksislægen om, at de er startet op.

Mange af Plejens borgere får jo ikke sygepleje. Men fordi vi er koblet til teamene, så ved vi, hvad det er for nogle borgere. Og derfor yder vi jo også sygefaglige vurderinger, og derfor behøver vi som sådan ikke have en læge ind over, hvis der fx kommer et sår. Så kører vi ud og starter det op, og så adviserer vi lægen om, at nu har vi startet det her. [Sygeplejerske D-gl]

Sygeplejerskerne starter således forløb op uden på forhånd at have lægens tilsagn, selvom det kommunale system kræver en sådan. Det gør de dels ud fra sikker forvisning om, at de får den af lægen senere. Ingen læger har nogensinde modsat sig, at sygeplejerskerne kom hos deres patient, fortæller sygeplejerskerne. Dels ud fra en etik om, at det vigtigste er at agere hurtigt på borgerens behov, dernæst at registrere det, forklarer sygeplejerskerne.

Der er lidt forskel mellem de to distrikter i, hvordan sygeplejerskerne opfatter kommunikationen til praksislægen. I **D-gl** betragtes det i høj grad blot som viderebringelse af information. I **D-ny** er der nogle, der gør meget ud af at præcisere, at de jf. given lov og paragraffer har startet borgeren op i xx ydelser. De antager, at de skal gøre det på den måde for at have hjemmel til at gøre det. Samtidig føler de sig lidt tåbelige og antager, at det netop er, hvad praksislægerne tænker om formuleringerne: at de er tåbelige.

10.3 De borgermøder, der ikke rigtig passer ind...

Ydelseskataloget giver et antal muligheder for at kategorisere dét, sygeplejersken foretager sig hos borgeren, men ikke et dækkende antal muligheder, forklarer sygeplejerskerne. Omvendt er flere af ydelserne så brede, at de anvendes til at registrere meget forskellige handlinger hos borgerne. På den måde er der muligheder for at registrere alt, hvad de laver. Eller, som det formuleres i et interview: "Vi har altid noget (ydelser), der passer".

Er der en ydelse, der passer præcis på indholdet af borgerbesøget, anvendes den naturligvis. Besøger sygeplejerskerne fx for første gang en borger, registreres det som dén ydelse, der

faktisk er tale om, hvis det på forhånd har været muligt at vurdere, hvilken ydelse borgeren skal have. Som beskrevet i afsnit 7.2 varierer kvaliteten af informationen, de modtager fra hospitaler og praksislæger, og det er ikke sikkert, de har et reelt billede af opgaven forud for opstart. Er mødet et 'snakke-møde', hvor en række komplekse forhold berøres, kan det fx registreres som *opfølgning* eller *koordinering*, fortæller sygeplejerskerne.

Er det et besøg hos en borger, hvor sygeplejersken er blevet bedt om at se på et problem, men hvor der reelt ikke er et sygeplejeproblem, registreres dette så korrekt som muligt.

Det var en af hjælperne, der sagde, at de synes, vi skulle komme og se på det. Jeg puttede det nok ind under 'indsats for hudproblemer'... [Sygeplejerske, D-gl]

I tilfældet, sygeplejersken taler om i citatet ovenfor, blev det således den indsats, der skulle have været ydet, hvis der havde været et reelt problem, der blev registreret.

Sygeplejerskerne betoner også, at det, de praktiserer ved deres besøg, i mange tilfælde ikke er dækket af de ydelsesbetegnelser, de går under. De gør ofte mere, som det forklares i citaterne herunder (se også afsnit 8.8).

Der ligger tit mere i en ydelse, end man egentlig kan beskrive, synes jeg. Fordi en dosering kan jo godt være en dosering, men der er måske mange andre ting, som man også vender i det der besøg, som man ikke lige kan beskrive med en enkelt sætning. [Sygeplejerske, D-ny]

Jeg bruger i hvert fald den indtastning, der hedder opfølgning rigtig meget – nok rigtig meget til alt, som ikke burde ligge der ind under, men som man lægger der ind under... fx lægekontakter, opfølgning på kosten (...) Der er mange ting, hvor man bruger den, for så opretter man ikke to minutter på ernæring, to minutter på mave-tarm. Man tager fem minutter på opfølgning. [Sygeplejerske D-ny]

Ydelserne *opfølgning* og *koordinering* fremstår som potentielle *black box'es*, omfattende mange forskellige handlinger hos borgerne, herunder kontakter til andre i sundhedsvæsenet, forebyggende og vejledende indsatser, afdækkende samtaler. Motivationen for at anvende disse ydelser synes klar: Det letter registreringsarbejdet. Sygeplejerskerne anser formålet med at registrere deres tid som at skabe synlighed om det arbejdspress, de agerer under. Derfor er det vigtigt for dem, at det registreres, at de har brugt tid på en borger. Men, dels opfatter de ikke ydelserne som dækkende for alle deres opgaver, og det er derfor ikke alt de kan registrere særligt specifikt, dels ser de ikke en nødvendighed i, at registrere det korrekt i detaljen, for det har nemlig ingen værdi for borgeren. Dette synes at være antagelserne og værdierne, som former sygeplejerskernes praksis.

Der er en række borgermøder, hvor sygeplejerskerne diskuterer, om der er tale om en sygeplejefaglig opgave. Eller, det er (i nogle tilfælde) tydeligt for sygeplejerskerne, at der ikke er tale om en sådan i en striks forstand. De stiller sig selv spørgsmålet, om det ikke netop er en sygeplejefaglig opgave alligevel, fx fordi de vurderer, at ingen andre kan varetage opgaven for borgeren. I det følgende præsenteres to borgermøder, hvor sygeplejerskerne netop har stillet sig selv det spørgsmål.

En overflytning? Når sygeplejersken hjælper med at søge benådning...

Vi er i nabolaget og stikker lige ind forbi en borger, hvor sygeplejersken skal aflevere nogle papirer. Han er egentlig ikke på dagens køreliste, men hun hjælper ham med at søge om benådning fra en strafafsoning, fordi hun vurderer, at en afsoning vil resultere i en funktionsnedsættelse. At søge om benådning består bl.a. i en del papirarbejde, og hun har udarbejdet en udtalelse bl.a. omfattende udtalelser fra andre fagpersoner, som hun vil have ham til at læse og give sit besyv til.

Borgeren ligger i sengen, da sygeplejersken ankommer. Sygeplejersken småsnakker lidt med ham. Han viser hende en tatovering, han har fået lavet, og hun skælder ham lidt ud – i god jargon de to imellem. Det burde han ikke få lavet i hans fysiske tilstand. Han beder hende smøre creme på. Han kan ikke selv nå. Hvis du kan få lavet sådanne tosse-rier, kan du også selv pleje det, siger hun. Efter lidt trakasserier smører hun creme på.

Hun viser ham papirerne – insisterer på, at han læser dem og forholder sig til dem. Hun gennemgår det med ham. De diskuterer små passager. Er udtalelserne fra andre tilstrækkelig? Præcise nok? De diskuterer lidt frem og tilbage og vurderer, hvilke muligheder der er at gå videre med.

Undervejs i samtalen tjekker sygeplejersken også op på borgerens skavanker. Vurderer dem og behandler, hvad hun finder behov for.

I beskrivelsen i boksen ovenfor indtager sygeplejersken en rolle som sygeplejefaglig sagsbehandler og udfylder papirer, skriver til forskellige aktører mv. for at hjælpe med at føre sagen. En opgave, der ikke er sygeplejefaglig, og som på den måde egentlig er utilfredsstillende for sygeplejersken – men samtidig byder hendes sygeplejesamvittighed hende at påtage sig opgaven, for hun er den eneste, der kan varetage den, forklarer hun.

Det er jo ikke mit bord, men fordi jeg var så dybt forankret og den eneste med min faglighed, der var i stand til at hjælpe manden, så synes jeg jo ikke med mit sygeplejehjerte, at jeg kunne sige fra. Men det var da ikke... Det hører jo ikke ind under sygepleje. Det er meget specielt, fordi det er en overflytning til at system, som jeg ikke kender. [Sygeplejerske]

Eksemplet illustrerer, hvordan ansvars- og omsorgsfølelse hos sygeplejersken, får hende til at påtage sig en opgave, hun fortæller, hun egentlig ikke føler sig kompetent til – en socialrådgiver må være mere kompetent til opgaven, vurderer hun. Der er ikke noget i opgaven, der som sådan er sygeplejefaglig – ikke andet, end at risikoen, hvis ikke sagen føres, og borgeren benådes, så vil der komme en sygeplejefaglig opgave, for borgerens funktionsniveau vil falde. Andre handlemuligheder end at påtage sig at hjælpe borgeren med sagsføringen kunne være at lade borgeren selv kæmpe sin sag eller arbejde på at overdrage den til en anden instans. Disse muligheder var dog ikke oplagte, fordi det ville betyde, at sygeplejersken skulle gå imod sit 'sygeplejehjerte'. Ikke at påtage sig opgaven ville stride imod kerneværdier i det at være sygeplejerske. Det synes kun at efterlade sygeplejersken én legitim mulighed – at påtage sig opgaven.

Fordi sagen faldt så meget uden for den normale portefølje, havde sygeplejersken drøftet den med sine kollegaer. Fordi det drejede sig om en borger, der ville risikere at få forværret helbred

af en afsoning, opstod der konsensus om, at opgaven var legitim at påtage sig. Og registreringsmæssigt faldt den ind under *overflytning*.

Et andet ekstremt eksempel er en borger, hvor der ingen sygeplejefaglige opgaver er at varetage, men hvor borgeren alligevel har modtaget faste sygeplejerskebesøg i årevis, lige siden borgerens praktiserende læge havde henvist borgeren til en ydelse, som nu i praksis har været afsluttet i flere år.

Borgeren, der ikke kan afsluttes...

Vi kommer ind hos borgeren. Hun sidder ved bordet og lægger vasketøj sammen. Hun har cigarettens tændt. Sygeplejersken og hun hilser på hinanden, og sygeplejersken tager plads ved bordet over for borgeren. Efter lidt småsnak – borgeren viser bl.a. et blå mærke, hun har fået – minder sygeplejersken hende om, at hun skal slukke smøgen, når de kommer på besøg. Ja ja, smiler borgeren og slukker den.

”Hvordan går det ellers”, spørger sygeplejersken. Borgeren har været på besøg hos sine forældre. De har det godt – trods en høj alder. Vi begynder at tale om alder. Jeg skal gætte hvor gammel hun er. Hun skal gætte min alder. Vi taler om de kendte – ham fra vild med dans er lækker. Det diskuterer hun og en veninde, men de er ikke enige. Sygeplejersken ved ikke rigtig, hvem manden er.

Efter en ti minutters tid spørger sygeplejersken, om der er noget med helbredet, hun gerne vil snakke om. Det er der ikke. Sygeplejersken afrunder nu besøget – vi ses igen om 14 dage. Borgeren giver os et stykke chokolade. Det gør hun altid – medmindre man har gjort hende sur, fortæller sygeplejersken.

Sygeplejerskerne fortalte, at de i flere omgange havde forsøgt at afslutte borgeren, med de forskellige redskaber, de har til det (se afsnit 8.3). Nedtrapping, det autoritative argument med, at det er bestemt fra højere sted, at hun ikke er berettiget til besøg, såvel som et rationelt argument om, at borgeren jo får besøg af plejerne, og på den måde burde et tryghedsbehov være imødekommet. Lederen har også været inde over. Alligevel modsætter borgeren sig et ophør af sygeplejerskebesøg, bl.a. med argumenter der appellerer til sygeplejerskens ansvarlighed, såsom at hun så vil få det meget værre, hvis de stopper besøgene, såvel som et autoritativt argument om, at det er hendes praksislæge der har ordineret besøget, og så skal de levere det. Sygeplejerskerne er frustrerede over opgaven.

Jeg synes, det er enormt frustrerende. Det er sådan en træls opgave. Jeg vil godt have et formål, når jeg går ind til en borger. I stedet for, at man skal sidde og fiske efter alt muligt, og så er der egentligt ikke noget at fiske efter, så sidder du og snakker om alt muligt, der overhovedet ikke er fagligt, altså! (...) Jeg tænker, at hendes personlighed gør, at det er svært, for hun sætter jo grænser – hun afgør, inden for hvilken tidsramme vi skal komme og kan næsten blive sur og vranten over, at vi ikke er kommet før ditten og efter datten. Så i en travl hverdag skal jeg være opmærksom på, at nu skal jeg være dér, og man tænker, jeg skal være der til noget sludder-sladder! (...). Men, vi har gjort alle mulige krumspring for at sige, at det ikke er relevant mere, og der har vi bare måtte erfare, at det kunne vi ikke. [Sygeplejerske]

Af citatet ovenfor fremgår det bl.a., at borgeren er meget dominerende og ikke alene har fået dem til at give fortabt med at afslutte borgeren, men også er (med)bestemmende om, hvornår besøgene skal falde. De oplever med andre ord at stå magtesløse over for denne dominerende borger. Sygeplejerskerne fortæller dog også, at de reelt er bekymrede for, om borgeren ville kunne gøre noget, der vil føre til et forringet funktionsniveau, hvis de stoppede besøgene. Derfor fastholder de besøgene og registrerer dem som *forebyggende*, også selvom besøgene i daglig praksis opleves som meningsløse, og at konsekvensen er, at meningsfulde opgaver hos andre borgere presses af og indrettes efter disse.

Da talen falder på dette emne i interviewene med sygeplejerskerne, popper der flere sådanne grænsetilfælde op.

Alt i alt, så har vi faktisk tit opgaver, hvor vi tænker: "Er det overhovedet her, vi skal være?" (...) Men man har ikke problemer med at sætte det ind i en ydelse, men det er jo en hel anden snak. [Sygeplejerske, D-gl]

Sygeplejerskerne peger selv på, at der kunne ryddes op i det, hvis deres samarbejde med kommunale og regionale enheder blev styrket – fx socialforvaltningen og udkørende psykiatri.

Jeg tror mange opgaver havner ved sygeplejerskerne, fordi andre instanser siger fra. Socialforvaltningen og psykiatrien siger fra... Også fordi vi har døgnåbent. [Sygeplejerske, D-gl]

På den måde oplever sygeplejerskerne, at de bliver en opsamlingsplads for skæve ydelser. De er tilgængelige, når andre vælger ikke at være det.

10.4 Dem og det, der ikke er på kørelisten...

Sygeplejerskerne arbejder som beskrevet tidligere ud fra ydelser, de har visiteret til borgeren. Ydelserne registreres automatisk, når de fremgår af kørelisten, og sygeplejerskerne dokumenterer deres arbejde med borgeren om eftermiddagen. Men, som det også er beskrevet tidligere, omfatter arbejdsdagen en række opgaver, der ikke fremgår af kørelisten, fx når sygeplejersken lige...

- tager forbi en borger, som hun ikke blev tilfredsstillende færdig hos, dagen før.
- tager forbi en borger for at aflevere nogle sagsbehandlingsdokumenter, som hun hjælper borgeren med.
- bliver ringet op af plejere, der ønsker sparring om en borger.

Nogle sygeplejersker beskriver, at de har en uformel regel om, at tager det mere end ti minutter af deres tid, så registrerer de det. De reflekterer over, at der på den måde kan være mange op-til-ni-minutters afbrydelser i hverdagen, der stjæler tiden, og som forbliver usynlige i systemet. Det ses bl.a. i citatet, der følger.

Der er jo ingen regler (for hvordan de registrerer opgaver, der ikke figurerer på kørelisten). Vi har kollegerne, der skriver præcis, hvornår de går ind til besøget, og hvornår de går ud igen, og hvor lang tid telefonopringningen har været. Det er i min optik meget tid at bruge på registrering i forhold til, hvad man ellers bruger tid på. Men man burde nok gøre det. På en typisk dag ligger alle vores aftaler nedad, og så har du måske et enkelt besøg om eftermiddagen, resten er sådan set luft. Men det er jo ikke, fordi jeg ikke laver noget. Og i princippet burde hvert eneste minut i min

arbejdstid være fyldt ud med et eller andet retmæssigt, fordi det har jo været relateret til en borger eller en kollega. Men det er ikke sådan vores lister ser ud. For hvor meget småtteri skal der registreres? [Sygeplejerske, D-gl]

Som det ses af citatet ovenfor, stilles rimeligheden af at bruge tid på registrering over for opgavens omfang. Sygeplejerskerne oplever, at deres dage er fyldt op med borgerrelaterede aktiviteter, enten at de selv arbejder med borgere, eller at de er i dialog med kollegaer om borgere. Registrering af selv mindre opgaver har sin berettigelse, fortæller de, fordi det er på den måde, de kan skabe legitimitet om deres daglige arbejde udadtil. Tydeliggøre, at de faktisk leverer et retsmæssigt stykke arbejde. Omvendt er det også en illegitim praksis, fordi tiden anvendt på at ydelsesregistrere specifikt ikke bidrager med andet end netop at skabe synlighed om, at de gør et legitimt stykke arbejde; og hermed tager en rum tid fra, at de ville kunne udføre mere af det legitime arbejde, dvs. det der kommer borgerne direkte til gode. Det synes at være registreringens skruetvinge, sygeplejerskerne beskriver – registreringen er i sig selv ikke et legitimt tidsforbrug, men uden den kan de ikke bevise opadtil, at de bruger tiden legitimt.

10.5 Opsamling

I dette kapitel er sygeplejerskernes praksis i forhold til selvvisitering og registrering af sygeplejeydelser undersøgt, og kapitlet besvarer således undersøgelsesspørgsmål 4.

Sygeplejerskerne er selvvisiterende, og det betyder, at de opretter, hvilke ydelser en given borger skal modtage, og hvor lang tid der afsættes til opgaven. De tager udgangspunkt i kommunens ydelseskatalog, der indeholder vejledende tider, men det guidende princip for tildelingen af tid er, at tiden skal svare overens med, hvor længe det tager at varetage opgaven. Ellers giver de sig selv og kollegaer, der vikarierer for dem, urimelige vilkår. Fordi selvvisiteringen giver sygeplejerskerne mulighed for at tildele den rette ydelse og tid, finder sygeplejerskerne, at det er en meningsfuld organiseringsform.

Startes et borgerforløb op, efter at sygeplejerskerne har modtaget en henvendelse fra kollegaer, borgere selv eller deres pårørende, adviserer de den praktiserende læge efterfølgende. Selvom lægehenvisningen er en forudsætning for at kunne levere ydelser, er princippet om at agere hurtigt på borgernes problematikker vigtigere. Sygeplejerskerne har desuden aldrig oplevet en praksislæge, der modsatte sig, at en borger fik en ydelse forud for lægens henvisning.

Ydelserne i ydelseskataloget er ikke dækkende for de mange forskellige opgaver, sygeplejerskerne varetager, fortæller de. Det er således ikke alt, de kan registrere opgavespecifikt. Omvendt er der ydelser, der er så brede, at mange opgaver kan dækkes ind under dem. Ydelserne *opfølgning* og *koordinering* synes at fungere som *black box'es*, hvorunder mange forskelligartede opgaver kan registreres, fx mange ekstraopgaver, der varetages i forbindelse med et besøg hos en borger, eller opgaver, der ligger i periferien af, hvad der reelt kan siges at være en sygeplejefaglig opgave. Disse ydelser anvendes for at lette registreringsopgaven. Det vil sige i stedet for at oprette mange små ydelser på en borger, fx kostvejledning og lægekontakt, samles 'ekstraopgaverne' under én ydelse, med en samlet tid. Sygeplejerskerne ser et formål med at registrere deres tid i forhold til at skabe synlighed om, at deres arbejdsdag er fyldt ud med borgerrelateret arbejde. Men de ser ikke et formål med at registrere hver enkelt handling under den rette ydelse, for det har ingen betydning for borgeren. Blandt andet derfor anvender de ydelserne *opfølgning* og *koordinering* som *black box'es*.

Sygeplejerskerne varetager opgaver, der ligger i periferien af, hvad de oplever som værende sygeplejefagligt. Sådanne opgaver kan de legitimt påtage sig, fortæller de, hvis de ser en risiko

for, at hvis *ikke* de gør det, vil udfaldet være en funktionsforringelse hos borgeren. Med den begrundelse var der fx i sygeplejerskernes portefølje en borger, hvor sygeplejersken foretog sagsbehandling, og en anden der havde faste besøg, uden at der var et aktuelt sygeplejefagligt formål. Disse to eksempler blev registreret som henholdsvis overflytning og forebyggelse.

Ud over hvad der er på dagens køreliste, leverer sygeplejerskerne også andre ydelser, fx et kort besøg for at tjekke op på en borger, og besvarer telefonopkald fra plejere vedrørende borgere. Nogle registrerer samtlige sådanne afvigelser fra kørelisten. Andre gør det ud fra en individuel fastsat og således uformel regel om, at alt der tager over ti minutter skal de oprette en ydelse for.

11 Diskussion

11.1 Opsummering af fundene

I undersøgelsen har vi belyst

- hvordan hverdagen i de to distrikter er organiseret og fungerer
- borgernes veje til sygeplejerskerne, og hvordan sygeplejerskerne agerer på indkomne borgere
- hvordan sygeplejerskerne arbejder med borgerne med fokus på,
 - hvordan og hvorvidt de arbejder rehabiliterende
 - hvordan de praktiserer uddelegering til plejere
- hvordan sygeplejerskerne praktiserer selvvisitering og registrering af ydelser.

Undersøgelsen viser, at hverdagen i de to distrikter ligner hinanden på papiret, men også at der er forskelle i den daglige arbejdspraksis.

I D-gl er stemningen mere afslappet end i D-ny. I D-gl tages der tid til sygeplejefaglig sparring, mens der i D-ny er en disputs om legitimiteten af, at sygeplejerskerne mødes monofagligt mellem sygeplejerskerne og deres leder på den ene side, og plejerne og deres leder på den anden. I D-gl var de ved deres omorganisering i 2013 også igennem en periode, hvor kun teambaserede møder var velsete, men lederen erfarede, at monofaglige møder er nødvendige for at skabe et godt arbejdsmiljø og kompetenceudvikling.

I begge distrikter opleves morgenerne hektiske, og en morgen uden tilstrækkelig tid til at sætte sig ind i dagens opgaver er en dårlig start på dagen. Det håndterer flere medarbejdere ved at møde ind, før arbejdstiden begynder.

Sygeplejerskerne tilrettelægger selv deres kørelister, og nogle følger den mere slavisk end andre. Hvad der afgør, hvordan de følger den, er et hensyn til dem selv, dvs. deres dag skal være god, såvel som til borgeren, der ikke må opleve sig dårligt behandlet.

Teamorganiseringen medfører, at sygeplejerskerne får indsigt i plejernes kompetencer, især gennem Runde, hvor borgere drøftes. Blandt andet gennem daglig sparring i teamet bliver sygeplejerskerne bekendte med borgere, der måske har brug for sygeplejefaglige ydelser. Fordi sygeplejerskerne kender plejerne og deres 'bekymringsniveau', kan de navigere i, om de vil besøge borgeren og vurdere problematikken. Det er ikke muligt ved borgere tilknyttet private leverandører, da sygeplejerskerne ikke kender plejerne her. Særligt sygeplejerskerne i D-gl har mulighed for at anvende deres indsigt i plejernes kompetencer ved uddelegering, fordi de oplever at have indflydelse på, hvilke plejere der kommer til at varetage opgaven. Sygeplejerskerne i D-ny har i varierende grad tiltro til plejernes kompetencer, og redskabet Kompetenceskema skal bidrage til at skabe klarhed over plejernes kompetencer. Der er forskellige måder at arbejde med skemaet på, og alt efter, hvilken måde man anvender, mindsker eller højner det redskabets legitimitet. Uagtet legitimiteten, anvender flere sygeplejersker det dog ikke ved uddelegering.

Der er forskellige barrierer for, at sygeplejerskerne uddelegerer, såsom manglende kontrol med, hvilke plejere der overtager opgaven eller manglende tiltro til deres kompetencer. Herudover også at opgaver ofte deles mellem mange plejere. Herved går det vigtige arbejdsred-

skab *kontinuerte observationer* tabt. Plejerne formår desuden ikke at tænke den enkelte problematik, de behandler, ind i et helhedsbillede af borgeren, oplever sygeplejerskerne. På den måde går observationer af, hvordan fx problematikker influerer på hinanden, tabt. Endelig er det både en velsignelse og en forbandelse for sygeplejerskerne, at de kan sikre, at opgaver vender retur, hvis der ikke er kompetente plejere på arbejde en given dag. Velsignelse, fordi de herved sikrer, at opgaven varetages kompetent, dvs. af dem selv. Forbandelse, fordi de aldrig ved, om opgaver vender tilbage, og de pludselig står med en overbooket køreliste.

Kvaliteten af de informationer sygeplejerskerne modtager fra praksislæger og hospitaler om borgere, varierer. Det besværliggør opstarten af forløb, hvor de fx må aflægge borgeren besøg for blot at blive klar over problemstillingen. Det belaster dem og borgerne, vurderer sygeplejerskerne.

Sygeplejerskerne forklarer rehabilitering som at overdrage de dele af opgaveløsningen, som borgeren magter, til borgeren selv. Det er således en forståelse af rehabilitering, som fokuserer på at minimere sygeplejerskens arbejdsopgaver og afslutte opgaverne, og i mindre grad på at tage udgangspunkt i borgerens liv, mål og motivation. Når sygeplejerskerne afgør, om og i givet fald hvilke dele af en opgave, en borger kan varetage, er det på baggrund af en risikovurdering: Hvor stort et funktionstab kan borgeren få, hvis han/hun ikke magter opgaven? Hvordan de arbejder med at motivere borgeren til at varetage opgaver, afhænger af deres opfattelse af borgeren. Er det fx en ensom borger, der sætter pris på sygeplejerskernes besøg, eller en borger, der forventer, at sygeplejerskerne gør alt. Motiveringen kan bestå i, at trappe hjælpen langsomt ud. Strukturelle forhold begrænser også sygeplejerskernes muligheder for at overdrage opgaver til borgeren. For eksempel at apoteket skal udlevere det billigste produkt, hvorfor produkterne skifter, og borgerne ikke kan opøve kendskab til deres medicin. Om de kan afslutte motiveringen af en borger, der modsætter sig behandling, afhænger bl.a. af vurderinger af borgerens kognitive funktionsniveau og risici ved manglende behandling.

Sygeplejerskerne er selvvisiterende, og fastlægger således selv, hvilken ydelse borgerne skal have, og hvilken tid det tager at udføre den. De registrerer i udgangspunktet ydelserne så specifikt som muligt, men dels er der opgaver, der ikke er dækket af ydelseskataloget, og dels kan der være småopgaver i forbindelse med et besøg eller opringninger om borgere, der falder under mange forskellige ydelser. I stedet for at registrere disse specifikt anvendes kategorier som *opfølgning*, *forebyggelse* og *koordinering* som 'black box'es' til at dække over sådanne forskelligartede opgaver. Det er nemlig uden betydning for borgeren, om det registreres meget specifikt, og den mere generelle registrering tjener fint formålet med at vise, at sygeplejerskerne anvender deres tid borgerrelateret. På den måde spares tid i forhold til den rum tid, en opgavespecifik registrering ville forudsætte. For småopgaver, der føjer sig til dagen, og som således ligger ud over den tid, der allerede er ydelsesregistreret via kørelisten, praktiserer nogle sygeplejersker at oprette ydelser for hver opgave, uagtet hvor lang tid den tog, mens andre sætter en grænse ved, at kun hvad der tager mere end ti minutter registreres.

Sygeplejerskerne varetager opgaver, der ligger i periferien af, hvad der ifølge dem selv rimeligvis kan anses for værende sygeplejefaglige opgaver. Når sådanne opgaver påtages, er det ud fra en vurdering af, at de, alt andet lige, er den bedst egnede, og en vurdering af risikoen ved at de ikke gør det: Hvor stort et funktionstab risikeres der?

De to distrikter har forskellige mødefora, men i både D-ny og D-gl efterlyses der bedre mødeledelse. I D-ny desuden også mere sygeplejefaglig sparring.

Lederne oplever, at teamorganiseringen fremmer mulighederne for en mere praksisnær ledelse. Det delte lederskab i D-ny skaber gnidninger i hverdagen, hvor sygeplejerskerne modtager modsatrettede dessiner fra de to ledere, og selvom de entydigt hører under én leder, har den anden leders ord også vægt, og affejes ikke blot.

I de følgende afsnit diskuteres udvalgte fund.

11.2 Opgavemængden er forskellig i de to distrikter

Sygeplejerskernes opgavemængde er betydeligt større i D-ny, hvor 39,3 borgere pr. sygeplejerske modtog sygeplejeydelser ved undersøgelsestidspunktet, end i D-gl, hvor 27,9 borgere pr. sygeplejerske gjorde tilsvarende. Hvad denne forskel skyldes, er ikke belyst i undersøgelsen, så mulige forklaringer forbliver gisninger. Visiterer sygeplejerskerne i D-ny oftere sygeplejeydelser? Placerer de barren lavere for, hvornår noget kvalificerer sig som sygeplejeydelser? Eller har D-ny et større og/eller tungere befolkningsgrundlag, hvorved de naturligt vil have et større case-load? Eller, er barren den samme for at tildele borgere sygeplejeydelser, men at de i D-ny uddelegerer betydeligt færre opgaver til plejegruppen? Dele af disse spørgsmål besvares sandsynligvis i en sundhedsøkonomisk rapport, der forventeligt udkommer fra KORA i sommeren 2017.

Uagtet årsagen forekommer det umiddelbart logisk at antage, at sygeplejerskerne i D-ny har mere travlt end deres kollegaer i D-gl. Det er meget muligt, at denne travlhed og forskellen i stemning de fire observationsdage afslørede mellem de to distrikter er forbundne. De skal løbe stærkere i D-ny, og oplever ikke at have mulighed for at tage sig tid til den monofaglige sparring, de savner. Det synes også rimeligt at antage, at arbejdspresset i D-ny er en udfordring for omorganiseringen. Sygeplejerskerne oplever at være blevet frataget et af deres tidligere væsentlige arbejdsredskaber: den sygeplejefaglige sparring. De oplever, at det er ugleset blandt plejerne og deres leder, at de mødes og omfordeler opgaver sygeplejerskerne imellem. Det betyder, at de oplever at stå i et stort arbejdspress, hvor de skal indarbejde nye arbejds-gange, samtidig med at de i et vist omfang har mistet redskaber, der i den gamle organisering var meningsfulde for dem såvel som legitime at anvende til at få deres arbejde til at glide godt; at søge sparring hos hinanden sygeplejerskerne imellem. De skal i stedet tage den nye organiserings redskaber i brug, men dels er der modstridende ledelsesudmeldinger, og dels opleves de nye redskaber og tilgange, fx mødefora og arbejds-gange i forhold til omfordeling, ikke meningsfulde.

11.3 Forståelsen af rehabilitering

Sygeplejerskerne præsenterer en forståelse af rehabilitering, hvor fokus er at overdrage (elementer af) opgaverne til borgerne eller helt at afslutte borgerne. I deres beskrivelse tages ikke udgangspunktet i borgerens liv, mål og motivation. Det synes i højere grad at være helingen af fx såret, og hvordan det kommer til at ske, der er i fokus. Opfattelsen af rehabilitering som afslutning og minimering af ydelser er ikke fremmed i kommunerne og heller ikke i evalueringer af rehabilitering i hjemmeplejen (se fx ⁷).

En del af forklaringen på, at sygeplejerskernes fokus holdes på det sygeplejefaglige problem og ikke borgerens liv, mål og motivation, kan måske findes i rollefordelingen i teamene. Sygeplejerskerne både indtager og tildeles en rolle, hvor de får til opgave at håndtere den specifikke sygeplejefaglige problemstilling og ikke borgerens hele liv. Det illustreres fx i ledercitatet i afsnit 8.1, hvor den tværfaglige indsats beskrives som noget forskelligt fra, fx parallelt eller

successivt til, sygeplejerskernes arbejde med den sygeplejefaglige opgave. Sygeplejerskens opgavevaretagelse italesættes på en måde som en ø i det samlede billede. Det illustreres også i citatet, der følger her, hvor sygeplejerskernes leder i D-ny beskriver, hvordan det er meningen, at det tværfaglige samarbejde om opstartsmøder skal foregå, når det på et tidspunkt kommer op at køre.

Når man tager de der opstartsmøder, så er der en terapeut, en kontaktperson og en sygeplejersker med, og sygeplejersken går ind og dokumenterer på de tolv sygeplejefaglige problemområder, hvor terapeuten og kontaktpersonen går ind og laver det med borgerens planer og målsætninger: Han vil gerne gå rundt om juletræet til jul, eller hvad det er, han gerne vil. [Sygeplejerskernes leder, D-ny]

Det interessante er arbejdsdelingen mellem de tre fagpersoner på mødet. Sygeplejerskerne skal holde fokus rettet mod de sygeplejefaglige opgaver, andre skal fokusere på borgerens mål. I det lys er det måske ikke underligt, at deres forståelse af rehabilitering synes at producere en praksis, der primært adresserer den sygeplejefaglige opgave.

11.4 Risikovurdering som redskab

Gennem rapporten beskrives det flere steder, at sygeplejerskerne anvender *risikovurdering* som beslutningsgrundlag. For eksempel for, om opgaver kan overdrages til borgeren selv, eller når de vurderer, om de skal påtage sig en opgave, hvor det er svært at se det sygeplejefaglige element. En risikovurdering er også, hvad der er på spil, når sygeplejerskerne vægrer sig mod at uddelegere til plejere, fordi de vil miste kontinuitet i observationer af den enkelte problematik såvel som i borgerens samlede situation. Risikoen, der kalkuleres, er altid, om det vil føre til en til en forværring i borgerens funktionsniveau.

Mulighederne for at handle på baggrund af risikovurderingen er formet af en magtfuld værdi hos sygeplejerskerne, nemlig at borgeren ikke må opleve en funktionsforringelse som følge af deres beslutninger. Det betyder, at sygeplejerskernes risikovillighed er lav, og sandsynligvis bremser overdragelser og uddelegeringer, og fastholder, at sygeplejersker påtager sig eller vedbliver at udføre opgaver, hvor den sygeplejefaglige opgave er svær at finde.

11.5 Legitimering og betydningen for praksis

I de forskellige kapitler, har jeg udlagt, hvordan sygeplejerskerne legitimerer en bestemt praksis, og i et enkelt tilfælde, hvordan de delegitimerer plejernes praksis, og derfor finder det svært at uddelegere opgaver til dem. I dette afsnit samler jeg op på legitimeringsstrategierne, og diskuterer betydningen for praksis.

I forhold til at følge kørelisterne, har sygeplejerskerne en praksis, der fungerer i hverdagen. De kender borgerne og navigerer ud fra denne viden i deres køreliste. Det opfatter sygeplejerskerne som helt legitimt, bl.a. fordi de antager, at borgerne ikke oplever det negativt, også selvom de er bevidste om, at der findes en formel regel for, hvordan de skal agere i forhold til afvigelser. Skulle man fra ledelsesside ønske at ændre en sådan praksis, skal der arbejdes ind i denne forståelse. En måde kunne være at håndhæve det autoritative argument, at det er en *regel*. Det er bare tvivlsomt, om det i sig selv gør den store forskel, for regelargumentet trumfes af oplevelsen af, at andet fungerer fint for dem såvel som for borgerne. Det vil derfor sandsynligvis være en bedre strategi at arbejde ind i et pragmatisk argument om, hvordan det

kan komme dem selv bedre til gavn, hvis de følger køreplanen (mere) slavisk, eller det moralske argument om, hvordan det at følge planen sikrer, at alle borgere behandles godt. Det samme gælder, hvis der skulle være ønske om at ændre sygeplejerskernes praksis med at være velinformerede forud for opstart af borgerforløb.

Når sygeplejersker delegitimerer plejernes tilgang til arbejdet, hvor plejerne fremstilles som nogle, der prioriterer egne behov (de slutter arbejdet, når de har fri) over borgerens (hvor sygeplejerskerne beskriver, at de først slutter arbejdet, når borgerens behov er dækket), er det grundstenen til en barriere mellem faggrupperne. Det svarer til at sige, at de i deres værdisæt er forskelligt indrettet, og at sygeplejerskernes egen tilgang er moralsk bedre end plejernes. Nogle sygeplejersker fortæller, at dette er en hindring for uddelegering. At ændre dette forudsætter, at sygeplejerskerne ændrer forståelse af plejerne. Det er ikke ualmindeligt ved organisationsforandringer, at faggrupper strides og fx forsøger at delegitimere hinanden (se fx ¹¹), fordi de sammenbragte fagpersoner kæmper for at finde deres position i den nye organisering. Alligevel kan delegitimeringen overraske, for samarbejde og herunder uddelegering er jo ikke nyt mellem sygeplejersker og plejere. Det peger på, at der heri kan gemme sig en væsentlig udfordring for implementeringen af den nye organisering.

11.6 Hvad kan vi lære af D-ny og D-gl?

Det er sandsynligt, at en undersøgelse af D-ny i fx maj 2017 ville tegne et anderledes billede af distriktet. Undersøgelsen her er foretaget kort efter organisationsomlægningen, hvor sygeplejerskerne i høj grad savner den gamle organisering, og nye formelle såvel som uformelle praksisser stadig er under udvikling. For eksempel hvordan de får den sparring med hinanden, de efterspørger.

Det umiddelbart gode. Hvad er så interessant læring ved D-ny? Fordi de står i den tidlige fase af omorganiseringen, mærker de forandringerne, og dermed forskelligheden ved teamorganiseringen, tydeligt. En sådan, som desuden også bekræftes i D-gl, er, at teamorganiseringen giver sygeplejerskerne bedre føling med plejernes kompetencer. Dette er altså et hurtigt pay-off ved teamorganiseringen. Desværre oplever sygeplejerskerne i D-ny ikke, at de kan omsætte indsigten til mere personlig uddelegering.

Er der stadig tale om et sygeplejersketeam? I D-ny synes elementer af den nye organisering at være kommet dårlig fra start. Dels skaber det dobbelte lederskab problemer. Dels oplever sygeplejerskerne såvel som plejerne, ikke, at de strukturer, der skal understøtte teamets samarbejde fungerer. Tre-trins-mødet opleves tungt. Strukturen flyder i det, og de kan ikke skelne det ene fra det andet. Sygeplejerskerne ser ikke formålet med deres deltagelse i særligt det første og til dels det andet møde og melder sig mere eller mindre ud. De synes ikke at tage ejerskab for fællesskabet, og de synes ikke at se sig selv som 'et team' sammen med plejerne. Der, hvor sygeplejerskerne oplever, at møderne er relevante, er, når der er et sygeplejefagligt indhold. Det kan tyde på, at de stadig primært opfatter sig som et sygeplejerske-team, der interagerer med et plejerteam og rådgiver dem om konkrete opgaver.

Det, samt sygeplejerskernes delegitimering af plejerne som diskuteres i afsnit 11.5, kan tyde på, at implementeringen ikke blot er et spørgsmål om tilvænnning til den nye organisering. Der skal sandsynligvis arbejdes aktivt med at gøre den nye organisering meningsfuld for sygeplejerskerne, for at de kommer til at tage ejerskab for fx teamets møder og deres rolle i et samarbejde om borgere, hvor der (endnu) ikke er en sygeplejeydelse. De skal forstå teamets rolle som en enhed omkring borgerne, hvordan et sådan team samarbejder om borgerforløb, og herunder hvilken rolle de skal spille i hinandens arbejde.

Er monofaglige møder en del af et godt arbejdsmiljø? D-gl har været gennem omorganiseringen og er ikke længere plaget af børnesygdommene, der ofte følger i perioden umiddelbart efter en omorganisering. Således som de gør nu i D-ny, forsøgte de i D-gl i begyndelsen at afskaffe monofaglige møder og fastholde, at alle mødeaktiviteter skulle foregå i teamet. Den måde at aflive en praksis fra den gamle organisationsform blev, og bliver, således set som måden at skabe en ny teamkultur. Det efterlader dog sygeplejerskerne i et tomrum. 'Gamle praksisser' har sandsynligvis formået at blive gamle, fordi de opleves som meningsfulde af en gruppe – i dette tilfælde sygeplejerskerne. De gamle praksisser med monofaglig sparring og samarbejde kan med et organisationsteoretisk begreb siges at have været *institutionaliserede* (se fx ¹²⁻¹⁴), og nu hvor de ikke længere er tilgængelige eller er blevet uglest, befinder sygeplejerskerne sig i en art tomrum, og de mangler en meningsfuld praksis at udfylde tomrummet med. De teambaserede mødefora gør det ikke. Bedre bliver det ikke af, at der samtidig opstår to lejre: Sygeplejerskerne og deres leder, der er fortalere for at bevare (dele af) den gamle praksis med sygeplejefaglig sparring og omfordeling, og plejerne og deres leder, der bliver repræsentanter for en ny organisering, hvor sygeplejerskerne ikke må praktisere (det for dem meningsfulde) monofaglige fællesskab, men skal være tilgængelig for plejerne. Det er to *logikker*, der ramler sammen og skaber gnidninger (se fx ¹²⁻¹⁴), og som den delte ledelse ikke havde formået at finde en løsning på. Det er sandsynligt, at de ved at overføre ledelsesstrukturen fra den gamle organisationsform, med forskellige ledelser for henholdsvis plejere og sygeplejersker, som ser forskelligt på tingene, har skabt strukturer, der fastholder de gamle logikker.

Undersøgelsen viser, at tværfaglige mødefora med rimelighed kan og skal prioriteres. De giver en lang række positive udbytter: viden om plejernes kompetencer, viden om borgere, man ikke kommer hos, viden om andres praksis hos borgere, som man kan have en mening om, og kompetenceudvikling af plejerne. Der synes dog at være et arbejde at gøre, førend de fungerer optimalt. I dag vurderer sygeplejerskerne om et møde er relevant for dem ud fra, om der er en sygeplejefaglig problematik hos borgerne, der drøftes. Er der ikke et sådant, ser de ikke relevansen af deres deltagelse. Dette, sammenholdt med nogle sygeplejerskers opfattelse af, at de to første trin af tre-trins-mødet er plejernes og ikke deres, kan pege på, at nogle sygeplejersker træder ind i det tværfaglige samarbejde med en attitude af, hvad kan teamet tilbyde mig, frem for, hvad kan jeg bidrage med til teamet. Det er selve det at opleve sig selv som del af et tværfagligt team, der stadig synes at mangle.

Ud over at der skal skabes forståelse for, hvad det vil sige at være teambaseret, og hvorfor teammøder har deres berettigelse, skal der således også findes en balance i, hvad der skal foregå mono- og tværfagligt. Møderne skal være for dem, de er relevante for, og derfor er det i nogle tilfælde oplevelsen af relevans, der skal arbejdes med. Andet hører måske netop til i et monofagligt forum. I **D-gl** drøfter sygeplejerskerne fx sygeplejefaglige produkter på deres monofaglige morgenmøde, eller hvilken sygeplejefaglig tilgang, der er den rette hos en borger med en kompleks sygeplejefaglig problematik. Som sådan ikke noget der vil være anvendelig viden for plejerne. Derfor vil der, hvis en sådan sparring ønskes opretholdt, opstå spildtid og dermed spildte ressourcer, hvis al intern sparring og kompetenceudvikling henlægges til et tværfagligt forum. Hvori balancen mellem de teambaserede og monofaglige mødefora ligger, kan ikke vurderes ud fra denne undersøgelse.

Der er også lys. Hvad der tegner positivt for den fremtidige udvikling er, at sygeplejerskerne og plejerne alle tilkendegiver, at de grundlæggende har et godt forhold. En positiv udvikling forudsætter dog, at der på ledelsesniveau nås enighed om, hvilken betydning teamet har, og hvordan sygeplejersker må omfordele opgaver sygeplejerskerne imellem. Skal de primært dække af for hinanden internt i teamet, vil morgenmødets relevans i forhold til omfordeling svinde ind. Omvendt vil denne organisering efterlade et udækket behov for, at komplicerede sygeplejeopgaver kan omfordeles, for sådanne opgaver kan ikke umiddelbart fordeles internt i

teamene. Vælges den sidste organiseringsform bør der være opmærksomhed om, at det, sandsynligvis, vil medføre, at sygeplejerskerne føler, at den måde, de opfatter det meningsfuldt at praktisere sygeplejearbejde på, delegitimeres yderligere.

12 Konklusion og anbefalinger

I dette kapitel præsenteres de overordnede konklusioner på undersøgelsen og herefter fem meget konkrete anbefalinger til, hvordan der i Fredericia Kommune kan arbejdes videre med den teambaserede organisering.

Undersøgelsen viser, at sygeplejerskerne kan have svært ved at se sygeplejeydelserne som en del af en samlet indsats omkring borgeren, hvorfor der også ses et behov for at fokusere på at integrere sygeplejerskerne i den rehabiliterende tilgang.

Undersøgelsen viser også, at teamorganiseringen kan bidrage til et tæt samarbejde mellem sygeplejersker og plejere, fordi sygeplejerskerne kan trække på viden om og tillid til plejernes kompetencer, fx i forbindelse med uddelegering af opgaver. Det forudsætter dog en daglig organisering, der giver sygeplejerskerne manøvrerum til at inddrage viden og tillid i uddelegeringen af opgaver.

Samtidig viser undersøgelsen også, at omorganiseringen til teamorganiseringen kan være svær, blandt andet fordi det rækker ved samarbejdsfladerne sygeplejersker imellem og mellem sygeplejersker og plejere, og det berører også faggruppernes opfattelse af hinanden. En negativ opfattelse af andres tilgang og værdier i arbejdet kan være en væsentlig barriere for et godt samarbejde.

I kapitel 11 blev undersøgelsens fund diskuteret, og som en del heraf blev fordele og ulemper ved potentielle måder at agere på dem berørt. I det følgende præsenteres fem konkrete anbefalinger, som vedrører, hvordan Fredericia Kommune kan udvikle deres organisation i forhold til de overordnede konklusioner.

1. Giv medarbejderne relevante, styrede mødefora; teambaserede såvel som monofaglige

Mødeforaene skal etableres med klare formål og struktur, fx monofaglige møder, hvor ny sygeplejeviden drøftes, eller tværfaglige møder med casegennemgange, hvor det drøftes, hvordan der kan skabes de bedste, sammenhængende forløb for borgerne, fx i forhold til rehabilitering, uddelegering og samling af ydelser hos så få medarbejdere som muligt. Det er vigtigt, at der arbejdes med, at mødeindholdet opleves meningsfuldt.

Møderne skal opfattes obligatoriske og skal prioriteres. Det kan være en fordel, at der (i en overgangsfase) er fast ledelsesdeltagelse, og at mødelederrollen tildeles en specifik medarbejder, fx terapeuten, som indsamler indhold til mødet forud, beder forskellige medarbejdere om at præsentere cases på møderne og faciliterer diskussionen af cases.

2. Giv sygeplejerskerne et ekstra skub til at arbejde rehabiliterende

En barriere for at sygeplejerskerne påtager sig en egen rolle i det rehabiliterende arbejde synes at være, at de fastholdes og fastholder sig selv i at fokusere på den sygeplejefaglige problemstilling. Det rehabiliterende perspektiv rækker ud over dette, og betragter i stedet borgerens hele liv. Det er allerede i fokus i mødefora, men i D-ny fungerer disse fx ikke specielt godt, og sygeplejerskerne ser i store træk kun sig selv havende en rolle, når der er sygeplejefaglige opgaver i fokus. Ovennævnte styrede mødefora, hvor borgercases gennemgås, kan være en indgang til, at sygeplejerskerne begynder at se sig selv som en del af en samlet rehabiliterende indsats.

Den casebaserede model har tidligere vist sig gavnlige i Plejen i Fredericia, hvor en jævnlig diskussion mellem det personale, der er omkring borgeren og en medarbejder med fokus på den rehabiliterende tilgang, fx en terapeut eller sygeplejerske, har vist

sig at optimere forløbene (se fx ¹⁵). I Middelfart Kommune har de overvundet barrieren med, at sygeplejerskerne ikke engagerer sig i de tværfaglige møder, ved at terapeuterne er gået forrest, og har 'turdet' tage ordet og reflektere, også selvom de ikke kendte borgeren, eller problematikken ikke lå entydigt til højrebenet for dem (se ¹⁶). Terapeuterne i Plejen kan tildeles rollen med at tage ordet, reflektere åbent og nysgerigt og på den måde sætte skub i diskussioner og agere forbillede for sygeplejerskerne.

3. **Fast gruppe om uddelegerede opgaver**

Et problem vedrørende uddelegering er, at kontinuiteten i observationerne af borgerens situation brydes, fx fordi mange forskellige plejere varetager opgaven. Det faglige redskab 'observation' af borgerens problematik bliver derfor unyttigt, fordi observationerne ikke giver et billede af udviklingen i borgerens situation. Konsekvenserne er blandt andet borgere, der modtager en uhensigtsmæssig hjælp i en længere periode. En mulig måde at overkomme denne barriere på er at etablere faste grupper af medarbejdere – så små grupper som muligt – der varetager ydelserne hos en borger. Etableringen af gruppen bør, så vidt det er muligt, bestå af medarbejdere, der har lyst til at være en del af gruppen, og som har gensidig tillid til, at de i fællesskab er en gruppe, der kan løfte opgaven godt. Gruppen skal med meningsfulde intervaller indlægge faste opfølgingsmøder med fokus på udviklingen i borgerens samlede situation, hvorved fokus på specifikke problematikker såvel som den rehabiliterende tilgang fremmes (se ¹⁵).

4. **Arbejd med at etablere fælles værdier og normer i teamene/distrikterne**

Undersøgelsen har vist, at sygeplejerskerne foretager en moralsk delegitimering af plejerne, når de fx opfatter plejerne som nogle, der skeler til uret frem for at gøre arbejdet godt færdigt. Det er vigtigt at ændre på denne opfattelse for at fremme teamidentiteten og et godt samarbejde i de enkelte team, såvel som i distrikter. For at skabe en forståelse for hinanden og en følelse af at være et team med fælles værdier, kan teammøderne anvendes til at arbejde med de legitimeringer og delegitimeringer i tilgangen til arbejdet, som både sygeplejersker og plejere foretager, såvel som at den samlede medarbejdergruppe skal arbejde med at definere fælles værdier for, hvordan man gør et godt arbejde. Det er vigtigt, at de forskellige medarbejdere hører hinanden, og at møderne er styrede, således at evt. gnidninger håndteres konstruktivt.

5. **Entydig ledelse**

Frem for at der er to ledere med lederansvar for – overordnet set, de faggrupper, de selv tilhører – kan ledelsesansvaret med fordel samles hos én leder. I valget af leder bør der fokuseres på, at det skal være en leder, der kan samle de forskellige faggrupper og skabe en fælles teamidentitet.

Litteratur

1. Kommunernes Landsforening (KL), Sundhedskartellet. *Fremtidens hjemmesygepleje. Statusrapport*. København: Dansk Sygeplejeråd, 2011.
2. Kommunernes Landsforening (KL), Sundhedskartellet. *Fremtidens hjemmesygepleje. Udfordringsrapport*. København: Dansk Sygeplejeråd, 2011.
3. Kommunernes Landsforening (KL). Styring af hjemmesygeplejen. Inspirationsnotat. Partnerskabsprojektet om dokumentation af hjemmesygeplejen. København: KL, 2014.
4. Vinge S, Kilsmark J. Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling: Belyst via interviewundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker samt statistiske analyser af udviklingen på udvalgte somatiske områder. København: DSI. Dansk Sundhedsinstitut, 2009.
5. Greenwood R, Reyard M, Kodeih F, Micelotta ER, Lousbury M. Institutional complexity and organizational responses. *The Academy of Management Annals* 2011; 5(1):317-371.
6. Suchman MC. Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review* 1995; 20(3):571-610.
7. Kjellberg PK, Hauge-Helgestad A, Madsen MH, Rasmussen SR. *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*. Odense: Socialstyrelsen; 2013.
8. Tuntland H, Ness NE. Hva er hverdagsrehabilitering? I: Tuntland H, Ness NE, red. *Hverdagsrehabilitering*. 1.udg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014: 21-41.
9. Petersen A, Kjellberg PK. Det gode hverdagsliv i Egedal Kommune. København: KORA, 2016. Tilgængelig: http://www.kora.dk/media/5323536/11027_det-gode-hverdagsliv-i-egedal-kommune.pdf.
10. Suddaby R, Greenwood R. Rhetorical strategies of legitimacy. *Administrative Science Quarterly*. 2005;50(1):35-67.
11. Joutsenvirta M, Vaara E. Discursive (de)legitimation of a contested Finnish greenfield investment project in Latin America. *Scandinavian Journal of Management*, 2009; 25: 85-96.
12. Thornton PH, Ocasio W. Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958-1990. *American Journal of Sociology*. 1999; 105(3):801-843.
13. Thornton PH, Ocasio W, Lounsbury M. The institutional logics perspective. A new approach to culture, structure, and process. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2012.
14. Petersen A. Hverdagslogikker i psykiatrisk arbejde. En institutionsetnografisk undersøgelse af hverdagen i psykiatriske organisationer. Frederiksberg: Copenhagen Business School, 2013. (Ph.d. serie 33.2013).
15. Kjellberg PK, Kjellberg J, Navne LE, Ibsen R. Trænende hjemmehjælp i Fredericia Kommune. Organisations- og økonomievaluering. København: KORA, 2013.
16. Schou IA. I Middelfart har sygeplejerskerne skrevet rehabilitering ind i deres faglige fortælling. Viden på tværs. 08/12/2016 Tilgængelig: <http://vpt.dk/hjemmepleje/i-middelfart-har-sygeplejerskerne-skrevet-rehabilitering-ind-i-deres-faglige>



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00