



**Josephine Larsen**

---

# **Tværprofessionelt samarbejde fra idé til praksis**

**Et casestudie fra en norsk og en dansk kommune**

**Masteroppgave i Offentlig administrasjon og Styring**

**OAS5900**

**OsloMet – storbyuniversitetet**

**Handelshøyskolen**

**Fakultet for samfunnsvitenskap**

## Forord

Det er med stor glæde og stolthed at jeg kan præsentere denne masteropgave. Min tid på OsloMet er ovre og studietilværelsen afsluttes med ny kundskab, som jeg vil tage med ind i et langt og succesfuldt arbejdsliv.

Hensigten med masteropgaven var, at undersøge hvordan ideen om et tværprofessionelt samarbejde, blev oversat i praksis. Inspirationen til masteropgaven opstod gennem forskningspraksis på CONTEXT-projektet i efteråret 2020. Det er mit håb at masteropgaven giver kommunale ledere i Norge og Danmark lyst til undren, refleksioner og til faglige diskussioner til gavn for vores velfærdssystem.

Udarbejdelsen af denne masteropgave har været udfordrende, da temaet er meget komplekst. Vejledningen har spillet en stor rolle. Jeg vil derfor rette en stor tak til min vejleder, Mia Vabø, der under forløbet både har udvist stor interesse for temaet og ydet god faglig sparring.

Tak til Lars for at motivationen.

Oslo, d. 28/5-2021

Josephine Larsen

## Sammendrag

I Norge og Danmark slutter de fleste kommuner sig til en politik om integrerede og personcentrerede tjenester. Sundhedsmyndighederne opfordrer kommunerne til, at udvikle sundheds- og omsorgstjenester som bedre kan understøtte ældre borgere med nedsat funktionsevne til, at leve et aktivt og selvstændigt liv. Kommunerne skal styre og organisere ud fra nye politiske serviceidealer, som sigter efter mere samarbejde på tværs af professionerne. Idealet indebærer kort fortalt, at medarbejdere fra forskellige faggrupper skal forenes i et helhedsbillede af borgerens situation. Denne masteropgave ønsker at belyse, hvilke refleksioner de kommunale ledere bør overveje i en tværprofessionel praksis. Med dette som udgangspunkt har jeg undersøgt, hvordan kommunale ledere i samarbejde med de fagprofessionelle oversætter ideer om et tværprofessionelt samarbejde på papiret og i det daglige, og hvordan implementeringen af det tværprofessionelle samarbejde materialiserer sig i praksis. Jeg har benyttet oversættelsesteorier og teorier om tværprofessionelt samarbejde og teamsamarbejde som tolkningsramme for analysen.

Masteropgave er baseret på empiri fra CONTEXT-projektet. Jeg fik tilgang til det empiriske datamateriale gennem forskningspraksis på CONTEXT-projektet i efteråret 2020. Det vil sige, at jeg ikke deltog i selve gennemførelsen af undersøgelsen, men var koblet til projektet i analysefasen. Jeg har valgt, at afgrænse denne masteropgave til en dansk kommune og en norsk kommune. Af det store datamateriale har jeg hovedsageligt brugt transskriberet interviews, der beskæftiger sig med erfaringerne med kommunernes tværprofessionelle organisering.

I masteropgavens empiriske-analyse ses det at kommunerne, som undersøges har valgt, at organisere sine tjenester som tværfaglige teams. Teamidealet benyttes ofte, når et tværprofessionelt samarbejde skal organiseres til trods for, at der findes andre former for organisering af denne type samarbejde. Kommunerne baserer sig på anbefalinger om tværprofessionelle teams – en organisationsform som i en lille grad bliver problematiseret. Da har valgt at opløse de tidligere monofaglige tjenester og satse på, at teams indrettet mod forskellige borgergrupper og tjenesteforløb vil være den bedste måde, at møde de nye udfordringer.

Der er en bred opbakning blandt de fagprofessionelle til idealet om tværprofessionelt samarbejde i teams. Teamorganiseringen i de to kommuners interne dokumenter og hjemmesider danner et indtryk af, at borgerne bliver mødt af tværfaglige teams som samarbejder tæt. Dog viser den empiriske-analyse, at forudsætningerne for en tværprofessionel teamorganisering er svært begrænset i kommunerne. I begge kommuner har de fagprofessionelle forskellige arbejdstider, arbejdsrytme og lokation. Disse forskelle påvirker kommunernes mulighed for, at afholde tværfaglige møder i teamene, hvor fælles mål, koordinering og kommunikation vægt lægges. Det viser sig også at de tværfaglige teams i enkelte tilfælde medførte, at medarbejderne mistede deres monofaglige sparringspartnere. De stod alene i fagligt krævende situationer.

Når de kommunale ledere skal oversætte politiske serviceidealer, bør de tænke på helheden i tjenesteapparatet. De kan med fordel forholde sig mere kritisk, til hvordan de skal balancere de økonomiske ressourcer, mod det faglige arbejde. Derudover bør de kommunale ledere i mindre grad lade sig forføre af teamidealet. Som masteropgaven og tidligere forskning viser er der dannet en overtro på teamorganisering. Den tværprofessionelle teamorganisering, kan overskygge fordelene ved stærke monofaglige miljøer og bidrage til en dilemmafyldt praksis. I et langsigtet perspektiv vil det også være relevant at tænke på, hvordan de kommunale ledere bedst kan sørge for, at medarbejderne oplever mulighed for at udvikle en faglig tryghed.

## **Abstract**

In Norway and Denmark, most local health authorities adhere to a policy of integrated and person-centred care. Due to recent structural reforms, service providers are encouraged to develop health and social care services in order, to better support elderly citizens with disabilities, to live active and independent lives. The municipalities must manage and organize services based on new service ideals aiming at more cooperation across different disciplines and agencies. In short, the ideal implies that employees from different professional groups must be united in a holistic picture of the citizen's situation. This master's thesis wants to shed light on the challenges municipal leaders will face when they strive to realize these ideals. The thesis investigates how leaders in collaboration with the professionals translate ideas about inter-professional collaboration into new organizational structures and how new organizational arrangements materialize in practice. The thesis will use translation theories, and theories of inter-professional collaboration and team collaboration for the interpretive framework for the analysis.

This master's thesis is based on empirical data from the CONTEXT project. I gained access to the empirical data material through research practice on the CONTEXT project in the autumn of 2020. I have chosen to limit this master's thesis to one Danish and one Norwegian municipality. From a comprehensive data material, I have mainly used transcribed interviews with leaders and staff who have experiences with the municipalities' inter-professional organization.

The empirical analysis of the master's thesis shows that the two municipalities have chosen to organize their services as fully integrated interdisciplinary teams. The ideal of integrated and high performing teams is often used when an inter-professional collaboration is to be organized, even though there are other ways to organize inter-professional work. The two municipalities seem to have adopted the team ideal based on recommendations. They have chosen to close down previous mono-disciplinary services and to organize teams around different clients and care trajectories.

Professionals generally support the idea of inter-professional collaboration in teams. The

team-organization in the two municipalities' internal documents and websites creates the impression that citizens are met by interdisciplinary teams who work closely together. However, the empirical analysis shows that the prerequisites for successful inter-professional teamwork is (more or less) lacking in the municipalities. In both municipalities, the professionals have different working hours, work rhythm and location, and partly work with different categories of clients. These differences affect the municipalities' ability to hold interdisciplinary meetings in the teams and hence the ability to develop common goals and rules for coordination and communication. It turns out that the interdisciplinary teams in some cases caused the employees to lose their monodisciplinary sparring partners. They experienced to be left alone in professionally demanding situations.

When leaders need to translate political service ideals, they should think of the whole of the service apparatus. They can advantageously be more critical of how to balance the financial resources against the professional work. In addition, municipal leaders should be less seduced by the team ideal. As the master's thesis and previous research show, a superstition about team organization has been formed. The inter-professional team organization can overshadow the benefits of strong monodisciplinary environments and contribute to a dilemma-filled practice. In a long-term perspective, it will also be relevant to think about how leaders best can ensure that employees experience the opportunity to develop professional security.

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>3</b>
<b>Abstract</b>	<b>5</b>
<b>1. Indledning</b>	<b>9</b>
1.2 Problemfelt	9
1.2.1 Problemformulering	11
1.3 Masteropgavens struktur	11
<b>2. Teoretiske perspektiver</b>	<b>12</b>
2.1 Oversættelsesteori	12
2.1.1 Mode, efterligning og redigering	13
2.2.3 Den gode og dårlige oversættelse jf. Røvik	14
2.2 Tværprofessionelt samarbejde	15
2.3 Nærmere om team og forskellige typer team	16
2.3.1 Hvad kendetegner et team?	17
2.3.2 Definerings af team forskelle	18
2.4 Sammenfatning	19
<b>3. Metode</b>	<b>20</b>
3.2 CONTEXT-projektet	20
3.3 Et kvalitativt casestudie	21
3.3.1 Det kvalitative interview som forskningsmetode	21
3.4 Analyse af kvalitative data	22
3.5 Kvalitetsvurdering – troværdighed og gyldighed	24
<b>4. Analyse</b>	<b>26</b>
4.1 En fortælling om ligheder og forskelle	26
4.1.1 NPM har fået forskelligt fodfæste	27
4.1.2 Forskellige faglige traditioner og ansættelsespraksis	29
4.2 Kommunernes oversættelse af tværprofessionelt samarbejde	30
4.2.1 Tværprofessionel teamorganisering – vigtig for at sikre at borgeren får en persontilpasset og omfattende service	31
4.2.2 Teamorganisering – hånd i hånd med øget specialisering	32

4.2.3	Opsummering	35
4.3	Var forudsætningerne for team til stede?	36
4.3.1	Teamorganisering – med forskellige arbejdstider, arbejdsrytmer og lokationer	36
4.3.2	Teamdefinering – medlemskab	38
4.3.3	Fælles mål og ansvar – betydningen af kommunikation og fælles møder	40
4.3.4	Hvordan afgøre og prioritere hvem som har behov for tværprofessionel indsats	43
4.3.5	Opsummering	44
4.4	Teamorganisering og den faglige udvikling	45
4.4.1	Alle slutter sig til idealerne	45
4.4.2	Men omstillingen til tværprofessionelle team indebar også tab	47
4.4.3	Dilemmafyldt praksis - idealet tilgodeser en faggruppe	49
4.4.4	Opsummering	50
<b>5.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>51</b>
5.1	Man valgte en populær opskrift – team	51
5.2	Forudsætningerne for et integreret team var ikke til stede	52
5.3	Hvad kan kommunale ledere lære?	53
5.4	Konklusion	56
	<b>Litteraturliste</b>	<b>57</b>



# 1. Indledning

Flere af de samfundsmæssige problemer eller opgaver, som en offentlige administration skal løse, kan kun løses gennem samarbejde på tværs af professioner, organisatoriske grænser og administrative niveauer. Nogle samfundsmæssige udfordringer kræver indsats og bidrag på tværs af professionelle miljøer, organisationer og sektorer. Sådanne udfordringer er for eksempel klimaændringer, fattigdom, kriminalitet, eller den udfordring der er temaet i denne masteropgave, tværprofessionelt teamsamarbejde i den norske og danske ældreomsorg.

I en verden, der bliver mere og mere kompleks og sammenflettet, hvor borgerne forventer og kræver mere af den offentlige sektor, vil forventningerne til samarbejde mellem professionerne kun stige. For en administration, der sigter mod at blive mere effektiv, omfattende og tilgængelig for den enkelte borger, vil viden om hvordan etableringen og implementeringen, af et tværprofessionelt samarbejde være afgørende.

## 1.2 Problemfelt

I norske og danske kommuner står man overfor nye udfordringer. Kommunerne skal tage sig af et stigende antal ældre, hvoraf stadig flere er syge – ofte med sammensatte lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005). *Samhandlingsreformen* i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) og *Kommunalreformen* i Danmark (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005) indebærer, at liggetiden på sygehuset er blevet kortere og ansvar for syge og dødende er flyttet ud i kommunerne. Dermed er det blevet nødvendigt for kommunerne at satse mere på forebygning og rehabilitering. Kommunerne anbefales, at styrke sine faglige ressourcer og sørge for at borgerne får et samlet tilbud samtidigt med, at de understøtter borgerne til selv at mestre hverdagen med nedsat funktionsevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005).

I Norge og Danmark slutter de fleste kommuner sig til en politik om integrerede og personcentrerede tjenester. Sundhedsmyndighederne i Norge og Danmark opfordrer kommunerne til at udvikle sundheds- og omsorgstjenester, som bedre kan understøtte ældre borgere med nedsat funktionsevne til at leve et aktivt og selvstændigt liv (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2009; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005). I rapporten; Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), anbefaler den norske regering, at sundhed og socialpleje bør være mere proaktiv og forebyggende. Hvor tværprofessionel ekspertise bør benyttes bedre, så plejekvaliteten vil drage fordel af mere samarbejde mellem professionerne. Rapporten kommer i kølevandet af the World Health Organization's (2015) opfordring til et paradigmeskift mod integrerede og personcentrerede tjenester – en strategi, der anses for at være særlig relevant for plejeydelse til ældre.

Denne masteropgave forstår tværprofessionelt samarbejde som en metode, til at forsøge at sikre, den samlede velfærdsindsats bliver bedre, for den enkelte borger der er i kontakt med den offentlige sektor. I takt med at kommunerne arbejder mod de nye serviceidealer om tværprofessionelt samarbejde er intentionen, at flere professioner skal forenes i et helhedsbillede af borgerens situation. Det er svært at være uenig med disse idealer. Men hvor let er det at realisere dem i praksis? Tværprofessionelt samarbejde beskrives ofte som en løsning på en række af sundhedsvæsnets problemer, ergo må det tværprofessionelle samarbejde styrkes og udbygges (Lehn-Christiansen, 2016). Dog kan det tværprofessionelle samarbejde overskygge fordelene ved stærke monofaglige miljøer og kan evt. bidrage til faglig udvanding (Lehn-Christiansen, 2016).

De kommunale ledere har ansvaret for, i samarbejde med de fagprofessionelle, at oversætte de politiske serviceidealer i praksis. Denne masteropgave er særlig optaget af, hvordan kommunale ledere lægger den samlede tværprofessionelle kompetence til rette for at skabe helhed og sammenhæng i omsorgstilbuddet til ældre. Masteropgavens empiri består af casestudier, som er en del af et mere omfattende projekt – Context-projektet (2018-2022), der studerer den måde, hvorpå ideer om personcentreret integreret pleje implementeres i forskellige lokale omgivelser i norsk og dansk ældreomsorg. Masteropgaven vil undersøge en norsk og en dansk kommune fra CONTEXT-projektet.

Formålet med denne masteropgave er, at undersøge hvordan kommunale ledere i samarbejde med de fagprofessionelle, oversætter ideer om et tværprofessionelt samarbejde på papiret og i det daglige. Samt hvordan etableringen og implementeringen af det tværprofessionelle samarbejde, materialiserer sig i praksis. De kommunale ledere skal sikre

at fagligheden holdes ved lige, samt det fælles ansvar for at målene nås, at politiske prioriteringer følges og at opgaveløsningen udvikles. Denne masteropgave ønsker, med udgangspunkt i de fagprofessionelles erfaringer at belyse, hvilke refleksioner de kommunale ledere bør overveje når de skal organisere et tværprofessionelt samarbejde. Denne masteropgave vil altså dykke ned i de fagprofessionelles erfaringer for, at belyse hvad de kommunale ledere kan lære af disse erfaringer.

### **1.2.1 Problemformulering**

Formålet med denne masteropgave er at belyse, *hvilke udfordringer og forudsætninger de kommunale ledere i Norge og Danmark står overfor, under oversættelsen af et tværprofessionelt samarbejde i ældreomsorgen.*

De centrale forskningsspørgsmål er:

- Hvordan har de kommunale ledere oversat ideer om et tværprofessionelt samarbejde i sine organisationskort (på papiret)?
- Hvordan har etableringen og implementeringen af det tværprofessionelle samarbejde materialiseret sig i praksis?
- Hvordan oplever de fagprofessionelle det tværprofessionelle samarbejde?
- Hvad kan kommunale ledere lære af disse erfaringer?

## **1.3 Masteropgavens struktur**

Masteropgaven formidler en empirisk baseret undersøgelse af oversættelsen af tværprofessionelt samarbejde. Masteropgaven er inddelt i fem kapitler. Kapitel 2 præsenterer masteropgavens teoretiske perspektiver, der er sammensat af forskellige teoretiske retninger der tilsammen vurderes, at have en forklaringskraft i relation til problemstillingen. I kapitel 3 præsenterer jeg, de metodiske valg som masteropgaven baserer sig på. Kapitel 4 indeholder masteropgavens analyse, hvor de centrale forskningsspørgsmål vil danne den strukturelle ramme. I kapitel 5 vil masteropgavens problemstilling blive diskuteret i forbindelse med teoretiske perspektiver og analysens fund. Derudover vil kapitel 5 indeholde masteropgavens konklusionen.

## **2. Teoretiske perspektiver**

I dette kapitel vil jeg gennemgå de teoretiske perspektiver som kan bidrage til, at belyse den problemformulering som er valgt for opgaven. Formålet er, at perspektiverne skal bidrage til, at forklare det jeg ønsker at sætte fokus på i min empiriske undersøgelse og samtidig fungere som begrebs- og forståelsesramme. De hjælper mig til at skærpe min opmærksomhed på forhold og elementer, der kan være afgørende for at analysere og belyse masteropgavens problemformulering. Intentionen er, at koble de forskellige teoretiske begreber og tilgange til de udfordringer, som det empiriske materiale indeholder.

Dette kapitel skal derfor læses som en præsentation af det udvalg af teoretiske perspektiver, som bliver masteropgavens styringsredskab for det analytiske arbejde.

Teorierne vil ikke udfoldes i deres hele, men de elementer der vurderes, at have en forklaringskraft i forhold til masteropgavens problemformulering, vil blive præsenteret. Teorierne er oversættelsesteori, derefter teorier om tværprofessionelt samarbejde og team. Teorierne er komplimenterende i den forstand, at de hver især bidrager til at belyse, hvordan det tværprofessionelle samarbejde i norske og danske kommuner iværksættes. I masteropgavens empiri ses det, at kommunerne som undersøges, har valgt at organisere sine tjenester som tværfaglige teams. Afsnittet om tværprofessionelt samarbejde vil derfor lægge vægt på, at vise hvordan teams ofte bliver forstået som et ideal, som repræsenterer en form for "best practice" for et tværprofessionelt samarbejde. Jeg lægger derfor særlig vægt på, at vise hvilke slags forudsætninger, som må være tilstede for, at et team skal fungere efter hensigten.

### **2.1 Oversættelsesteori**

Organisationsændringer er en væsentlig del af kommunernes liv, og sker i høj grad ved at nye idéer og idealer etableres og implementeres i organisationen (Czarniawska & Joerges, 1996). Idéer flytter sig mellem organisationer, de udvikler sig i tid og rum og de ændre sig alt efter hvilken kontekst de indgår i. Dette fænomen kan betegnes som idéer på rejse. Idéerne rejser i tid og rum mellem organisationerne og denne rejse er både kompleks og fascinerende. Idéer bliver legitime, populære og betragtet som værende effektive og uundværlige som et resultat af, at have været vedtaget af visse aktører på området (Tolbert

& Zucker, 1983; Westphal et al., 1997). På denne måde udvikles ledelsesmodeller, nogle ideer bliver populære i en periode og forsvinder igen eller bliver institutionaliserede (Wedlin & Sahlin, 2017).

På et tidspunkt og af forskellige grunde, vil idéer rejse ind i en organisation og blive oversat (Røvik, 2007). Idéernes skæbne er vidt forskellige, men fælles er, at de som regel vil undergå en form for oversættelse i organisationen, således at dele af idéen ændres eller tilpasses til den nye organisation den kommer ind i. Teorien omkring idéer på rejse består primært af to dele: (1) dels hvordan en ide bliver til og taget ud af dens originale kontekst og (2) hvordan en ide etableres og implementeres i en ny organisation (Røvik, 2007). Det er hovedsageligt den sidste del som er aktuel i denne opgave.

Det skal bemærkes, at *oversættelse* ikke bruges i sproglig forstand, men bruges til at pege på processerne af bevægelse og transformation. Når en idé gennemgår oversættelse og spredes, er resultatet lokale versioner af modeller og ideer i forskellige lokale sammenhænge (Czarniawska & Joerges, 1996; Wedlin & Sahlin, 2017).

### **2.1.1 Mode, efterligning og redigering**

Når en idé etableres og implementeres kan oversættelsen variere. *Mode* styrer efterligningen og aktørers opmærksomhed på specifikke ideer, idealer og praksis. Mode identificerer, men skaber også hvad der er passende og ønskeligt på et givet tidspunkt og sted. Dette får organisationer til at implementere, men også til at oversætte disse ideer og dermed ændre det, der oversættes (Sahlin & Wedlin, 2008; Wedlin & Sahlin, 2017).

*Efterligning* er en grundlæggende social mekanisme, der binder mennesker sammen (Wedlin & Sahlin, 2017). Aktører har tendens til, at efterligne dem, de ønsker at ligne (Sevón, 1996). Efterhånden som visse modeller, aktører eller praksis bliver kendt, former de andres ønsker, idealer og giver således drivkraft for yderligere efterligning. Således formes efterligning: man efterligner dem man relaterer til og dem man identificerer sig med. Processen med efterligning involverer både selvidentifikation og anerkendelse af hvad man gerne vil blive (Sevón, 1996).

*Redigering* handler om at der foregår en kontinuerlige omformulering og rekontekstualisering af modeller og prototyper, når sammenhænge og indstillinger flyttes.

Rekontekstualiseringen kan ændre formuleringen såvel som betydningen og indholdet af oplevelser og idéer (Sahlin & Wedlin, 2008; Wedlin & Sahlin, 2017). Gennem redigering kan en idé eller en redegørelse for en praksis formuleres mere tydeligt og gøres mere eksPLICIT. Redigeringsprocessen kan dog også ændre formen på ideen, men også dens fokus, indhold og betydning. Selv små omformuleringer, af en ide som kan hænde, når ideen overføres fra en kontekst til en anden, kan ændre dens betydning eller fokus (Sahlin & Wedlin, 2008; Wedlin & Sahlin, 2017). Desuden, mens nogle aspekter af en ide kan forblive stabile, når ideen cirkulerer, kan andre aspekter blive oversat.

### **2.2.3 Den gode og dårlige oversættelse jf. Røvik**

Hvorledes idéer, for eksempel ideer om tværprofessionelt samarbejde, bliver en succes, eller ej, handler i høj grad af hvordan den oversættes i en konkret virkelighed. En dårlig oversættelse kan få en idé, der ellers har været en succes i andre organisationer til, at fejle for eksempel ved, at der skabes frikobling, frastødning eller idéen giver nogle meget utilsigtet og uhensigtsmæssige effekter (Røvik, 2007).

I de overstående afsnit er det blevet beskrevet, hvordan en idé rejser, samt hvordan etableringen og implementeringen af oversættelsen kan variere, ved at der bliver foretaget forskellige former for redigering. En væsentlig del af denne proces er oversætteren. Oversætteren er den eller de personer, der har ansvaret for håndteringen af idéen når den "rammer" organisationen. Forskellen på en god og en dårlig oversættelse kan betyde forskellen på, om idéen bliver en succes eller ej. Idéens rejse ind i en organisation er en kompleks proces, hvilket understreger behovet for en dygtig oversætter. En dygtig oversætter er mange ting. Røvik (2007) har identificere en række kompetencer som den dygtige oversætter skal besidde og som gør vedkommende i stand til, at oversætte en idé bedst muligt. Disse kompetencer er; den kundskabsrige og flerkontekstuelle oversætter, den modige og kreative oversætter, den tålmodige oversætter, samt den stærke oversætter (Røvik, 2007).

Disse kompetencer dækker over en række egenskaber som en dygtig oversætter må besidde og de dækker samtidig over nogle af de opgaver, som oversætteren har i forbindelse med oversættelsen af idéerne. Den kundskabsrige og flerkontekstuelle oversætter er nødvendig for, at kunne forstå begge sider af en idé, altså både den kontekst idéen kommer fra og den

kontekst idéen skal ind i (Røvik, 2007). Man kan generelt sige, at oversætteren skal have indsigt i- og forståelse for den idé der skal indføres i organisationen. Organisationer er forskellige og derfor kan det hænde at et ord, der giver mening i den ene organisation ikke giver mening i den anden organisation.

## 2.2 Tværprofessionelt samarbejde

Tværprofessionelt samarbejde udgør et af masteropgavens mest centrale begreber. Det tværprofessionelle samarbejde skal ses som modsætning til det monofaglige samarbejde, hvor kolleger fra en enkelte fagprofession samarbejder (Lehn-Christiansen, 2016). Tværprofessionelt samarbejde skal forstås som et tværgående samarbejde mellem både professionelle fra forskellige professioner og semi-professionelle medarbejdere, der omgiver de ældre borgere i det kommunale system. I denne masteropgave er der således tale om samarbejdet på tværs af ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosu-assistenten/helsefagarbejdere, sygeplejesker og visitatorer. Brugen af begrebet tværprofessionelt samarbejde indikerer således en ambition, der promoverer et sæt af særlige værdier og anden tilgang i praksissen (Lehn-Christiansen, 2016).

I de senere år har vi set mange fokusere på udviklingen af tværprofessionelt samarbejde i den offentlige sektor. Det kan af og til virke som om der nærmest ikke er det problem, der ikke kan løses gennem mere samarbejde mellem de fagprofessionelle. Alle er for samarbejde – ingen går ind for modarbejde (Højholdt, 2016).

I sundhedsvidenskabelig litteratur omtales tværprofessionelt samarbejde ofte som noget, der er åbenlyst godt. Ifølge Reeves et al. (2018) formidles fordelene ved tværprofessionelt samarbejde primært gennem ideer fra tværprofessionelle teams, hvor medlemmer arbejder sammen på en integreret måde, dvs. mod et fælles mål som en fælles ansvarlig enhed, med en fælles identitet og en klar forståelse af rollefordeling. I dette perspektiv antages løsere former for samarbejde (implicit), at være mindre vellykket former. De får derefter også betegnelser som pseudoteam eller potentielle (men ikke fuldt ud realiserede) team.

Både Reeves et al. (2018) og andre (Glasby & Dickinson, 2008; Øvretveit et al., 1997) hævder, at denne form for idealisering af et tæt integreret teamsamarbejde let kan gå galt. Der er perspektiver der let kan føre til, at teamsamarbejde bliver et mål i sig selv – ikke et

middel til en bestemt ønsket udvikling. Selv bemærker disse forfattere, at teamsamarbejde er en af flere mulige måder, at skabe koordinering og samarbejde på tværs af professioner. I det virkelige liv vil der findes flere former for tværprofessionel samarbejde, hvor aktører fra forskellige professioner samarbejder på en mere begrænset måde. Det kan f.eks. være *netværkssamarbejde*, hvor fagprofessionelle fra forskellige professioner bistår hinanden om en bestemt kategori af borgere og/eller bidrager til en bestemt del af et sygdomsforløb. Tværprofessionelt samarbejde i løse former kan finde sted både inden for afdelinger, arbejdsgrupper og teams, og på tværs af sådanne enheder. Ofte kan det være aktuelt, at samarbejde om visse dele af et tjenesteforløb (for eksempel behovsvurderingen), eller man indkalder til samarbejde når der opstår et bestemt type problem (Øvretveit et al., 1997).

Øvretveit et al. (1997) viser den vanskelige udfordring som ansvarlige ledere står overfor, når de beslutter, om de skal omorganisere tjenester og fokusere på tværfaglige teams. At give et komplet svar på dette spørgsmål vil kræve, at de ved hvilken type behov der skal dækkes i en befolkning, hvilke slags ressourcer der er tilgængelige, og hvilke slags prioritering der er ønskelig mellem konkurrerende behov. Hvis man overvejer at investere i tværprofessionelle teams, skal man også overveje, hvordan teamene er en del af et større landskab af tjenester.

Ifølge Øvretveit et al. (1997) etableres teams ofte med henblik på nye behov i befolkningen uden at foretage en analyse af, hvordan arbejdsbelastningen for de enkelte fagprofessioner bliver. I praksis vil involverede fagprofessionelle ofte bringe deres allerede etablerede klientmasse. Dersom de i tillæg får nye arbejdsopgaver i teamet sker det, at arbejdsbyrden er ujævnt fordelt.

### **2.3 Nærmere om team og forskellige typer team**

Ofte sammensættes et team for at løse et problem eller en kompleks opgave. Et team er sammensat, fordi der er et ønske om, at alle medlemmerne bidrager med værdifuld viden fra deres profession (Newell et al., 2009). Ofte bliver teams betragtet som et organisatorisk ideal, der kan løse organisationens udfordringer. Teamidealet benyttes ofte når et tværprofessionelt samarbejde skal organiseres, til trods for at der findes andre former for organisering af denne type samarbejde (Reeves et al., 2018).



### **2.3.1 Hvad kendetegner et team?**

Begrebet *team* kan have en række forskellige definitioner, og i litteraturen er det meget forskelligt, hvad forfatterne lægger i begrebet. Man kan skelne mellem begrebet team og gruppe, men Newell et al. (2009) påpeger, at et team er en gruppe, men en gruppe er nødvendigvis ikke et team. En gruppe ønsker flere sammensætninger af mennesker, end et team har. *"Et team er en lille tværfaglig gruppe med et fælles formål, hvor medlemmerne oplever et fælles ansvar for at opnå resultater"* (Assmann, 2008, s. 37). Assmann (2008) beskriver en skelnen mellem teams og andre grupper, i det andre grupper ofte er sammensat på baggrund af de forskellige medlemmers faglige viden. Det kan argumenteres for, at det samme gælder for team, men Assmann (2008) tilføjer, at når et team skal sammensættes, lægges der vægt på det han kalder "bløde færdigheder", som f.eks. kan det være den måde medlemmer af teamet kommunikerer. Katzenbach og Smith (1993) hævder, at supplerende færdigheder er vigtigt for, at et team kan fungere godt og at grupper kan blive et team gennem disciplinerede handlinger. For eksempel kan de blive enige om nogle fælles mål, blive enige om en fælles tilgang til det arbejde der skal udføres, udvikle supplerende færdigheder og i sidste ende holde hinanden gensidigt ansvarlige for resultatet. I et team skal der være en stærk følelse af tilhørsforhold, god kommunikation, en klar rollefordeling og klar autonomi (Katzenbach & Smith, 1993).

Katzenbach og Smith (1993) lægger vægt på teamets ydeevne, når man definerer team i kontrast til gruppe. De har foretaget undersøgelser af et stort antal teams i forskellige organisationer. De mener, at teammedlemmer altid har et fælles mål og at alle vil være gensidigt ansvarlige for resultater eller præstationer. Dette er, hvad de mener adskiller team fra grupper. De hævder også, at grupper er karakteriseret ved, at ansvaret for arbejde og resultater er individuelle, mens de i et team er optaget af kollektiv præstation og at der derfor er et kollektivt ansvar i et team. Assmann (2008) hævder, at en stor forskel mellem grupper og team er, at en gruppe kan betragtes som et forum for informationsudveksling og koordinering. Et team er i højere grad baseret på interaktion og fællesskab i forbindelse med at have et fælles mål. I en gruppe er det ikke vigtigt at passe godt på medlemmerne, som det er i et team.

### 2.3.2 Definerings af team forskelle

Der kan opstå stor forvirring og mange problemer ved brugen af udtrykket team (Øvretveit et al., 1997). Ifølge Øvretveit et al. (1997) skal man være i stand til, at skelne og beskrive forskellige former af teams, når man skal designe og implementere tværprofessionelt samarbejde, samt overveje hvilke ressourcer som er til rådighed.

Øvretveit et al. (1997) præsenterer fire dimensioner som gør teams forskellige fra hinanden. Den første dimension at beskrive et team på, er graden af *integration*. Den bedste måde at forklare begrebet integration er ved, at beskrive to ender af et kontinuum. I den ene ende er et løsrevet team kaldet et *netværk*. I et netværksteam er de fagprofessionelle organiseret i hver deres tjeneste. Borgere henvises til hver professions service, og hver profession har sine egne politikker, prioriteter og procedurer. Netværket er dannet for de professioner som betjener den samme type borgere, enten fordi de har samme type behov eller kommer fra det samme område. Professionerne bruger netværket eller møderne i netværket til at arrangere arbejdet parallelt. Øvretveit et al. (1997) påpeger, at jo mere professionerne har til fælles (f.eks. det samme område eller de samme type borgere), jo mere effektivt er det for dem at mødes regelmæssigt. I den anden ende er et tæt *integreret team*, hvor teammedlemmernes arbejdsbyrde og beslutninger styres af en tværfaglig teampolitik og teammøder. Denne nærhed og sammenlægning skyldes, at teamet kollektivt er ansvarlig for at betjene en borger population (Øvretveit et al., 1997).

Den anden dimension i et team er *medlemskab* (Øvretveit et al., 1997). Han hævder at den mest almindelige forskel på medlemskab, ses hos de medarbejdere der arbejder fuldtid eller deltid. Et andet aspekt af medlemskab er, hvilken blanding af fagprofessionelle der indgår i teamet og hvor mange af hver. Derudover har de personlige aspekter betydning for medlemskabet såsom færdigheder, erfaring, status og anciennitet (Øvretveit et al., 1997). En tredje dimension at beskrive og definere et team på, handler om hvilke stadier i et arbejdsforløb teamet samarbejder om og hvordan visse beslutninger træffes i hvert af disse stadier (Øvretveit et al., 1997).

Den fjerde dimension at beskrive et team på er gennem *ledelsesstrukturen*. Formålet med den professionelle ledelse er, at bruge ressourcerne på den mest effektive måde for at imødekomme samfundets behov. Formålet med ledelsen er, at få det bedste match mellem

de mest presserende behov og ressourcerne på sigt. I en vis forstand stand styrer alle kvalificerede fagprofessionelle sig selv inden for de parametre, der er angivet for dem (Øvretveit et al., 1997). Et vigtigt spørgsmål er, hvilke parametre der er sat i praksis og hvem der sætter disse. Ifølge Øvretveit et al. (1997) vil professioner i et team som er «over-ledet», ikke selv være i stand til at træffe beslutninger om, hvordan de bruger deres tid pga. procedure og direktiver der bestemmer professionernes handlinger. Derudover påpeger Øvretveit et al. (1997) at professionerne oftere er «under-ledet», da parametrene er så brede, at professionerne bruger deres tid og energi på, at bekymre sig om at etablere grænser. Der er således to udfordringer i at skabe ledelsesstruktur for tværprofessionelle teams. Den første er at etablere ledelse, der danner en passende autonomi for professionerne. Den anden er at etablere ansvar for styring af teamets samlede ressourcer. Teamledelse er et kontroversielt emne, der ofte medfører udfordringer (Øvretveit et al., 1997).

Øvretveit et al. (1997) hævder at de fleste udfordringer ved tværprofessionelt samarbejde i teams, kan forhindres ved omhyggelig planlægning og ledelse. Ideelt set skal et team planlægges af en gruppe, der også planlægger det totale tjenesteapparat, som teamet er en del af. Gennem oprettelse og ledelse af et team med en operationel politik, viser Øvretveit et al. (1997) til at har vist sig at være et vigtigt redskab. En politik udarbejdet af ledere skal danne grundlaget i teamsamarbejdet, men være åbent nok til at lade teamet udarbejde detaljerne og gøre politikken til sin egen.

## **2.4 Sammenfatning**

Hensigten med kapitlet har været at sammenstykke en teoretisk ramme, der kan belyse hvordan norske og danske kommuner oversætter ideer om et tværprofessionelt samarbejde i det daglige og hvordan etableringen og implementeringen af det tværprofessionelle samarbejde iværksættes. I masteropgavens empiri ses det, at kommunerne, som undersøges har valgt, at organisere sine tjenester som tværfaglige teams. Teamidealet benyttes ofte når et tværprofessionelt samarbejde skal organiseres, til trods for at der findes andre former for organisering af denne type samarbejde. Jeg har derfor lagt vægt på, at vise hvilke forudsætninger som må være tilstede for, at et team skal fungere efter hensigten.

### **3. Metode**

#### **3.2 CONTEXT-projektet**

Denne masteropgave er baseret på empirien fra CONTEXT-projektet – et norsk-dansk samarbejdsprojekt, som er finansieret af det norske forskningsråd under programmet HELSEVEL. I CONTEXT-projektet var formålet, at undersøge nærmere hvad danske og norske kommuner gør i praksis for, at omsætte visionerne om integrerede og personcentrede tjenester og hvordan disse tiltag modtages og tilpasses eksisterende rutiner, praksisser og styringstekster.

Forskningsprojektet har været baseret på komparative lagdelte casestudier (Patton, 2002), det vil sige casestudier hvor hver case (de samlede omsorgstjenester i en kommune) er inddelt (horisontalt) i flere sociale enheder (type tjenester) og (vertikalt) i flere analytiske niveauer. En gruppe danske og norske forskere, med et indgående kendskab til udviklingen i den kommunale ældreomsorg i de nordiske lande, har samarbejdet om at studere den kommunale ældreomsorg i fire forskellige kommuner – to danske og to norske. Forskerne har i tillæg til, at udarbejde et baggrundsnotat for hver kommune, sammen lavet en intensiv empiri-indsamling over en uge, hvor de har gennemført interviews og observationer hvert sted og efterfølgende reflekteret over fundene sammen. Projektet har med andre ord i hovedsag været baseret på en kvalitativ metode, nærmere bestemt en form for kollektiv etnografi (Eisenhardt, 1989).

Det empiriske materiale fra CONTEXT-projektet omfatter interview-udskrifter, feltnotater fra observationer, policy-dokumenter og statistik. Jeg fik tilgang til det empiriske datamateriale gennem forskningspraksis på CONTEXT-projektet i efteråret 2020. Det vil sige, at jeg ikke deltog i selve gennemførelsen af undersøgelsen, men var koblet til projektet i analysefasen. Det faktum, at CONTEXT-projektet blev designet som et lagdelt casestudie (Patton, 2002) gjorde det muligt at foretage analyser på mere afgrænsede dele af datamaterialet. Jeg har valgt at afgrænse denne masteropgave til en dansk kommune og en norsk kommune. Af det store datamateriale har jeg hovedsageligt brugt interviews, der beskæftiger sig med erfaringer med kommunernes tværprofessionelle organisering. Jeg har benyttet 6 transskriberet interviews fra Danmark og 8 transskriberet interviews fra Norge, inkluderet 4

fokusgruppeinterviews. For at forstå kontekstuelle forhold, der er vigtige for denne organisering, har jeg imidlertid også benyttet baggrundsnotaterne udarbejdet af forskergruppen, samt nogle af deres notater fra feltobservationer.

Siden CONTEXT-projektet baserede sig på lydbåndsoptag af interview, blev projektet meldt til NSD (Norsk senter for forskningsdata) for at sikre at dataene, blev opbevaret og behandlet i henhold til det norske regelværk. Optagelser fra interviewene blev opbevaret på en sikker datalagringsplatform (TSD) og blev siden transskriberet og anonymiseret.

### **3.3 Et kvalitativt casestudie**

Den vigtigste forudsætning for at sikre en solid undersøgelse med valide resultater er, at udvælge en passende forskningsstrategi- og design. Formålet er at sikre, at der er konsensus mellem problemformulering, den teoretiske ramme, det metodiske grundlag, analysen og konklusionen (de Vaus, 2001). Denne masteropgave er udarbejdet som et casestudie, der af Robert K. Yin defineres, *"et casestudie er en empirisk analyse, der undersøger et samtidigt eller historisk fænomen i en social kontekst hvor fænomenet udfolder sig"* (Antoft & Salomonsen, 2007). Ud fra Yins definition kan det udledes, at studiets genstandsfelt undersøges i den konkrete kontekst, hvori det udfolder sig.

Casestudiet er ofte gjort til genstand for kritik, for at være for kontekst afhængig og ikke egne sig til at danne grundlag for generalisering. Argumenterne herfor lyder ofte, at det er undersøgelsens empiriske data, der danner grundlaget for studiets konklusioner og at konklusionerne ikke lader sig udbrede til andre kontekster. Det kan dog argumenteres for at man ved at arbejde teorifortolkende, kan foretage analytiske generaliseringer da studiets konklusioner ikke blot baserer sig på den indsamlede empiri, men i høj grad også udspringer af masteropgavens teoretiske ramme (Brinkmann & Tanggaard, 2012). I samfundsvidenskaben er det netop sociale fænomener man ønsker at forstå, noget som bidrager til, at forsvare at casestudier har en værdi.

#### **3.3.1 Det kvalitative interview som forskningsmetode**

Masteropgavens empiri er genereret igennem kvalitative interviews med kommunale ledere og fagprofessionelle. Interview (i kombination med observation) blev valgt ud fra en betragtning om, at denne metodiske fremgangsmåde er velegnet til at komme i dybden med

problemformuleringen – i denne sammenhæng for at opnå en dybereliggende forståelse af kompleksiteten ved, at arbejde på tværs af professioner og faggrupper.

Interviewet som forskningsmetode giver mulighed for; *"at forstå tema i den oplevede dagligverden ud fra interviewpersonens egne perspektiver"* (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er dermed igennem den interviewede, at viden omkring det undersøgte fænomen tilvejebringes. Det er værd at gøre sig bevidst om, at denne viden opstår som et resultat af interaktion mellem interviewer og den interviewede. Det er dermed af afgørende betydning, at gøre sig overvejelser om, hvorledes interviewet struktureres og gennemføres (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Interviewene er foretaget som semistrukturerede, hvormed der menes, at interviewguiden har fungeret som rettesnor for samtalen og har overladt plads til, at de interviewede selv har kunne bringe emner, der for dem må være relevante for tematikken. Som udefra kommende, der ikke indgår i det tværprofessionelle teamsamarbejde, er det vanskeligt på forhånd at have kendskab til alle de emner, der må være interessante og relevante for både de interviewede men også for casen som helhed.

### **3.4 Analyse af kvalitative data**

Analysen handler om at træffe en bestemmelse af analytiske træk, der er skjult i de mange individuelle beskrivelser i empirien. Det skal understreges, at det grundlæggende objekt for kvalitativ forskning ikke er objektive data der skal kvantificeres, men meningsfulde relationer, der skal fortolkes (Kvale, 2000). Det vil sige, at forståelsen af sociale fænomener kræver en fortolkning af det subjektive meningsindhold bag fænomenet. Det betyder ikke nødvendigvis, at forskeren overtager informanternes selvforståelse. Forskeren fortolker dataene fra sit faglige synspunkt og dette kan give en anden forståelse end informanternes (Kvale, 2000; Thagaard, 2004).

For at komme på sporet af et meningsmønster i det enorme datamateriale var det nødvendigt at foretage en oprydning og en kategorisering. Kategorier og antagelser er ikke defineret på forhånd – som de normalt er i en typisk kvantitativ undersøgelse, men de vil i højere grad blive defineret under og efter undersøgelsen (Troja, 2020). Forskeren vil altid være præget af sin etablerede forståelseshorisont. Det er derfor vigtigt, at denne horisont behandles så man er kritisk over for sine egne ideer, antagelser og fordomme. Analyse og

kategorisering af et kvalitativt materiale, handler stort set om løbende at teste og korrigeres egne antagelser. Den skiftende og cirkulære bevægelse mellem testning og omformulering af egne antagelser kaldes ofte *den hermeneutiske cirkel* (Fuglsang, 2018). Den hermeneutiske cirkel betegner den vekselvirkning, der foregår mellem del og helhed. Delene kan kun forstås, hvis helheden inddrages, og omvendt kan helheden kun forstås i kraft af delene. Det er således sammenhængen mellem delene og helheden, der er meningsskabende (Fuglsang, 2018). Gennem den hermeneutiske tilgang har jeg vekslet mellem at læse teorier om tværprofessionelt samarbejde/teamarbejde og læse interviewene på kryds og tværs.

Denne cirkulære fortolkningsproces begynder med interviewet, når forskeren forsøger at forstå, hvilken mening og motiver informanterne relaterer til deres handlinger. I analysen af det samlede interviewmateriale forsætter forskeren med, at stille spørgsmål til teksten. At komme frem til kategorier, typologier, er en tidskrævende proces. Materialet må læses i gennem mange gange på kryds og tværs. For at lette dette arbejde har forskergruppen benyttet dataprogrammet NVivo. Gennem NVivo blev det empiriske materiale grovsorteret og kodet ved hjælp af 12 forskellige koder, hvor ledelse og styring samt tværprofessionelt samarbejde var to af koderne. Denne teknik er raffineret inden for hermeneutiske tilgange som lægger vægt på beskrivelse og fortolkning af meningsindholdet (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Koder er nøgleord som bruges på tekstsegmenter for, at identificere dem senere og eventuelt sammenligne. I denne masteropgave har jeg brugt koder som ledelse, team og tværprofessionelt samarbejde. Anvendelsen af NVivo indebar, at jeg på en enkel måde kunne sammenstille citater fra forskellige informantgrupper.

I en kvalitativ analyse hænger dataanalyse og præsentation tæt sammen. Sprog er ikke kun et kommunikationsværktøj, men også formen for datamaterialet og analyseresultaterne. Der er ingen klare regler for, hvordan en kvalitativ analyse skal formidles. Formen varierer fra journalistiske tekster med lange citatgengivelser til præsentationer, der er krydret med et par citater, men til gengæld er indrammet af dybtgående teoretiske diskussioner. I denne masteropgave vælger jeg en fortællingsform og en relativt citat krydret præsentation i analysen.

Det skal til slut nævnes at jeg har valgt, at anonymisere informanterne og kommunerne i analysen. Det er i tråd med CONTEXT-projektets policy om anonymitet.

### **3.5 Kvalitetsvurdering – troværdighed og gyldighed**

Udfordringen i en kvalitativ analyse er at afdække meningsmønstre i detaljerige og virkelighedsnære beskrivelser. Målet er ikke at sige noget om forekomster, men at bidrage til bedre forståelse og indsigt af et socialt fænomen. Formålet er at afdække, hvordan forskellige fænomener i et handlingsfelt fremstår (Troja, 2020). Masteropgavens kvalitetsvurdering tager afsæt i Kvale og Brinkmanns (2009) forståelse af validitet og reliabilitet, da disse er udviklet i relation til kvalitativ forskning.

Reliabilitet skal forstås som forskningsresultaternes konsistens og troværdighed og refererer dermed til, hvorvidt andre forskere på et senere tidspunkt, vil opnå samme resultater i en tilsvarende forskningsproces (Kvale & Brinkmann, 2009). Reliabiliteten er først og fremmest søgt fremmet i gennem en grundig gennemgang af de metodiske fremgangsmåder, således det metodiske grundlag er synliggjort for læseren. Dog har behandlingen af empirien været præget af en eksplorativ tilgang, hvor gennemgående tematikker, der ikke nødvendigvis lader sig indkapsle af den teoretiske ramme, er blevet identificeret og anvendt i analysen. Dette kan anses som en udfordring i forhold til reliabiliteten, da andre muligvis ville nå frem til andre relevante tematikker.

Validiteten henfører til, om undersøgelsen reelt undersøger det, som den har til formål at undersøge (Kvale & Brinkmann, 2009). Det kan sikres gennem flere trin i forskningsprocessen. Først har de metodiske valg været med til at sikre, at den rette empiri er blevet indsamlet. Masteropgavens empiri er generet gennem en intensiv empiriindsamling af CONTEXT-projektets forskergruppe, hvilket vurderes velegnet til at undersøge og besvare en problemstilling af høj kompleksitet. Masteropgaven ønsker at undersøge, hvordan ideerne om tværprofessionelle samarbejde i team bliver oversat i praksis. De kvalitative interview, i kombination med direkte observationer fra medarbejdernes hverdag, anses særligt egnet til dette, eftersom det var muligt at kunne indfange deres meninger og forståelser af den tværprofessionelle teamorganisering. Det kan derfor argumenteres, for at den praksisnære forskningsmetode som denne undersøgelse hviler på, har medvirket til at



højne validiteten. Billedet af de tværprofessionelle teams ville sandsynligvis have haft en lavere validitet, såfremt undersøgelsen kun var baseret på interviews med udvalgte ledere. Det vurderes at den løse interviewstruktur overlader plads til, at stille opfølgende og korrigerende spørgsmål. Der øger chancen for at indfange empirisk materiale, der er relevant for problemstillingen. Ved at anvende kvalitative interview, som metode for dataindsamlingen foreligger der en risiko for, at der forekommer fejlfortolkninger mellem informant og forsker. Således at de analytiske konklusioner bliver misvisende i forhold til det, som informanten ønskede at give udtryk for i sin udtalelse. Dette anses som et grundvilkår, ikke bare ved den kvalitative metode, men også ved typiske kvantitative spørgeskemaundersøgelser. En måde at undgå det på kunne være, at sende det analytiske materiale til informanterne, således de havde mulighed for at korrigere eventuelle fejlkonklusioner. Dette er dog vurderet uhensigtsmæssigt, da masteropgaven er anonymiseret. Det skal dog nævnes, at forsker teamet i nogen grad har fået valideret sine fortolkninger af dataene, gennem arrangeret refleksionsmøder med flere af informanterne fra undersøgelsen.

## 4. Analyse

Samarbejde på tværs i ældreomsorgen har i gennem flere år været et fokuspunkt i norske og danske kommuner. For at danne et overblik over det tværprofessionelle samarbejde i de to lande, vil fokus i denne masteropgave være rettet på erfaringerne fra en norsk (Kommune NO) og en dansk kommune (Kommune DK).

### 4.1 En fortælling om ligheder og forskelle

I Norge og Danmark slutter de fleste kommuner sig til en politik om integrerede og personcentrerede tjenester. Kommunerne opfordres til at omstille sundheds- og omsorgstjenesterne således, at de i størst mulig grad kan understøtte muligheden for, at de ældre borgere kan leve aktive og selvstændige liv. Ideer om integrerede og personcentrerede tjenester er blevet introduceret i kommunerne parallelt med, at de har fået udvidet deres ansvarsområde i forbindelse med Kommunalreformen (i Danmark) og Samhandlingsreformen (i Norge).

Kommunalreformen trådte i kraft den 1. januar 2007 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005). Med reformen blev den grundlæggende indretning af den offentlige sektor i Danmark reorganiseret. I april 2010 vedtog Stortinget i Norge en samhandlingsreform for sundhedsvæsenet, som trådte i kraft den 1. januar 2012. Forslaget til samhandlingsreformen præsenteres i St. meld nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*

Målet med Kommunalreformen var at skabe en stærk og fremtidssikret offentlig sektor, der skulle løse opgaverne i høj kvalitet og komme så tæt på borgerne som muligt. Borgerne skulle opleve en endnu bedre og mere sammenhængende offentlig service (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005). I Samhandlingsreformen var ordlyden ens - målet var at forebygge mere, behandle tidligere og samhandle bedre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Et fælles træk ved Samhandlingsreformen og Kommunalreformen er, at de har valgt at tilføje et øget økonomisk ansvar og flere opgaver i den primære sundhedstjeneste, f.eks. i form af incitamenter til at udvide tjenesterne i den kommunale ældreomsorg. En vigtig hensigt med begge reformer var, at liggetiden på sygehuset skulle blive kortere og mere ansvar for færdigbehandlet patienter, syge og dødende skulle flyttes ud i kommunerne.

Dermed er det blevet økonomisk frugtbart og vigtigt for kommunerne at satse mere på behandling, forebygning og rehabilitering. Kommunerne i begge lande anbefales at styrke sine faglige ressourcer og sørge for at borgerne får et samlet tilbud samtidigt med, at de understøtter borgerne til selv, at mestre hverdagen med nedsat funktionsevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005).

Til trods for, at kommunale ledere i Kommune NO og Kommune DK sigter efter samme mål om en mere tværprofessionel og rehabiliterende arbejdsform vil man opleve ligheder og forskelle i de forskellige nationale kontekster, der hvor ideerne skal oversættes. Jeg vil her kort pege på nogen nationale særtræk som får betydning for denne opgaves problemformulering.

#### **4.1.1 NPM har fået forskelligt fodfæste**

New Public Management (NPM) er en fælles betegnelse for en række ledelses- og styringsmetoder, der har været anvendt siden midten af 1980'erne med det formål at højne effektiviteten i den offentlige sektor. NPM kan ses som hovedårsagen til en lang række administrative reformer, der trækker på ledelsesfilosofi og –metoder, der tidligere primært blev anvendt i den private sektor. Det er vigtigt at forstå, at NPM har ændret den offentlige sektor ret grundlæggende, således forstået at hensynet til økonomi og effektivitet er blevet en integreret del af al offentlig virksomhed og de fagprofessionelles opfattelse af deres arbejde og funktion (Lehn-Christiansen, 2016). Hvor resultaterne på nogle områder har været efter hensigten, har NPM også skabt nye former for bureaukratisering og ineffektivitet, selvom det var det stik modsatte, der var planen (Laupente & Van der Walle, 2020). Ud fra masteropgavens empiri ses det at NPM har fået forskelligt fodfæste i Kommune DK og Kommune NO.

Kommune NO og Kommune DK vedtog begge en bestiller-udfører-model (BUM) i kølevandet af NPM – en model der antyder, at ansvaret for at vurdere og godkende en kontrakt for omsorgstjenester, bør adskilles fra ansvaret for at levere tjenesterne. BUM-modellen er kernestrukturen for NPM reformerne. Kommunernes implementering af BUM-modellen som visitations og styringsmodel inden for sundheds- og omsorgstjenester, kan i et større historisk perspektiv kædes sammen med modernisering af den offentlige sektor. Kommune NO og Kommune DK betragtede opdelingen af forvaltningen i en bestillerenhed adskilt fra en

udførelsen, som et nødvendigt skridt i retningen af konkurrencedygtige udbuds- og fritvalgsordninger, som gør kommunerne bedre positioneret til at kræve kvalitet og til at kontrollere og styre kvaliteten i ældreomsorgen.

I Norge har BUM-modellen længe været omdiskuteret og i særlig grad blevet modarbejdet af omsorgsarbejdernes fagorganisation, Fagbundet (Vabø, 2015). I Kommune NO kom modellen under stærkt pres, da kommunen i 2015 lanceret en tillidsreform, kort efter at et rød-grønt koalitionsbyråd fik flertal. Tillidsreformen udsprang af politikken om integrerede og personcentrerede tjenester. Det nye byråd lovede at reducere bureaukratiet i forbindelse med NPM. De argumenterede de for, at det centrale mål med reformen var at genopbygge tilliden og derved udnytte viden, færdigheder og kreativitet bedre hos et kvalificeret personale. I forhold til ældreomsorgen foreslog byrådet i Kommune NO at demontere BUM-modellen og organisere ældreplejen i selvstyrende, tværprofessionelle teams. Hensigten med tillidsmodellen i Kommune NO var, at borgeren skal have færre medarbejdere at forholde sig til og at beslutningerne tages nær borgeren. Modellen lægger op til, at en visitator skal foretage sagsbehandlingen (visiteringen), i tæt samarbejde med borgeren og i samarbejde med et tværprofessionelt team. De tværprofessionelle teams skal, i større grad end tidligere, tage selvstændige faglige beslutninger vedrørende plejeydelserne og hjælpemidler til borgerne og de fagprofessionelle skal fordele arbejdsopgaverne i mellem sig. Målet om at udvikle mere tillidsbaseret styring og ledelse, er nedfældet i byrådets årlige tildelingsbrev. I tildelingsbrevene understreges det, at målet er at udvikle en tillidsbaseret kultur gennem åbenhed, medvirkning og samskabelse.

I Danmark er BUM-modellen derimod fastgjort i forbindelse med den lovpålagte fritvalgsordning (Serviceloven, 2015, §§91-93) inden for ældreomsorgen. Heraf fremgår det, at kommunerne i Danmark skal kunne tilbyde mindst én privat udbyder, så de ældre borgere kan vælge blandt flere leverandører af plejetjenester. Overordnet indebærer dette at kommunerne organisatorisk er bundet til, at opretholde et skille mellem bestillerenheden og den udførelsen. I Kommune DK er det derfor visitatorerne der visiterer plejeydelser og hjælpemidler. Det vil sige at det er visitatorerne der beslutter, om en borgerhenvendelse skal omsættes til plejeydelser og/eller hjælpemidler og i hvilket omfang. Det er ligeledes også visitatorerne der matcher ældre beboere til plejeboliger, ældreboliger samt aktivitets-

og træningscentre. Det er på baggrund af en samtale med borgeren at det besluttes, hvorvidt kommunen kan tilbyde hjælp til borgeren.

Når visitatorerne har besluttet hvilken ydelse, der dækker borgerens behov og i samarbejde med borgeren, er blevet enige om en leverandør (jf. fritvalgsordningen), bliver borgeren sendt videre til det tværprofessionelle team, der skal varetage ydelsen. Visitatorerne har således intet med selve plejen at gøre i praksis, som er tilfældet i Kommune NO. Beslutninger og prioriteringer ligger dermed uden for teamene i Danmark, mens man i Kommune NO har valgt at overføre disse beslutninger til teamene. Visitatorerne i Kommune DK kan dog komme ind over forløbet igen, hvis de ydelser borgeren modtager skal revideres eller afsluttes.

#### **4.1.2 Forskellige faglige traditioner og ansættelsespraksis**

De fagprofessionelle har traditionelt spillet en stor rolle i den norske og danske ældreomsorg, men til trods for lighederne i de to lande er der nogen forskelle, som er af relevans for det aspekt ved teamorganiseringen, som angår medlemskab (Øvretveit et al., 1997). Det skal bemærkes at de faglige traditioner i plejepersonalet er forskellige i Danmark og Norge. Ud fra masteropgavens empiriske datamateriale kan det ses, at man i Danmark har tradition for at plejepersonalet i ældreomsorgen er de lavere uddannede social- og sundhedsassistenter/-hjælpere (sosu-assistenter/sosu-hjælpere). De højere uddannede sygeplejesker arbejder ofte i selvstændige grupper med mere specifikke sygeplejeopgaver. I Norge er der tradition for, at de lavere uddannede helsefagarbejdere arbejder tæt sammen med sygeplejerskerne (deres opgaver overlapper). Det tætte samarbejde indebærer, at der er flere sygeplejesker i den norske ældreomsorg end i den danske, simpelthen fordi sygeplejerskerne gør flere af de opgaver sosu-assisterne gør i Danmark.

Uligheden i personalesammensætningen fremgår i en frisk rapport (Szebehely, 2020) som sammenligner bemanningen i de nordiske lande. Her fremgår det, at den danske ældreomsorg i 2010 bestod af 51 procent social- og sundhedshjælpere (sosu-hjælpere).<sup>1</sup> 32 procent var sosu-assistenter<sup>2</sup>. Sosu-assistenter er udviklet som en monofaglig profession og har tradition for at arbejde således. Rapporten viser endvidere at ældreomsorgen bestod af 9 procent sygeplejesker. Til sammenligning viser tal fra Norge at 42 procent er

---

<sup>1</sup> Denne uddannelse vare 19 måneder, hvoraf lidt over en tredje del består af praktiskopplæring.

<sup>2</sup> En sosu-assistent har yderligere 20 måneders uddannelse.

helsefagarbejdere<sup>3</sup> og 31 procent er sygeplejesker. I modsætning til Danmark har Norge en betydelig grad af ufaglærte, dvs. de har ingen eller kortere uddannelse. Hele 24 procent tilhører denne gruppe.

I Norge og Danmark har arbejdet i ældreomsorgen været præget af deltidsstillinger. Dog er stillingerne forskelligartet mellem landene. I Danmark tilbydes der flere fuldtidsstillinger (heltidsstillinger) eller store deltidsstillinger. Hvorimod man i Norge er præget af små deltidsstillinger, som især kommer til udtryk i Kommune NO. Forskellen mellem Norge og Danmarks brug af deltidsstillinger, kom tydelig frem i en analyse baseret på to parallelle undersøgelser (NORDCARE) gennemført blandt det nordiske ældreomsorgspersonale i 2005 og 2015 (Vabø, Drange & Amble, 2019). Analysen viser at norske helsefagarbejdere skiller sig ud med en relativ høj andel deltidsansatte og en relativt høj andel som arbejder i små deltidsstillinger. I undersøgelsen fremgår det, at 35 procent af de deltidsansatte i Norge arbejder under 25 timer pr. uge, mens bare 7 procent af de danske deltidsansatte arbejder så få timer. I Danmark arbejder majoriteten af de deltidsansatte over 30 timer pr. uge, mens det er en fjerdedel af de norske deltidsansatte som ligger på dette timeniveau. I det empiriske datamateriale, opleves den store brug af deltidsstillinger som en stor udfordring i Kommune NO, og opleves som langt mindre tydelig i Kommune DK.

## **4.2 Kommunernes oversættelse af tværprofessionelt samarbejde**

Jeg har i overstående afsnit præsenteret nogen nationale særtræk som kan have betydning for hvordan kommunerne lykkes med sin teamorganisering. I dette afsnit vil analysen præsentere hvordan de kommunale ledere oversætter ideerne om et tværprofessionelt samarbejde. De kommunale ledere skal sikre at den politiske dagsorden realiseres i dagligdagen. Det ses at Kommune NO og Kommune DK har udviklet sundheds- og omsorgstjenester gennem ændringer i organisationen, for bedre at kunne understøtte ældre borgere med nedsat funktionsevne, så de kan leve aktive og selvstændige liv. Kommune DK og Kommune NO har begge sluttet sig til politikken om integrerede og personcentrerede tjenester. Begge har valgt at styrke det tværprofessionelle samarbejde, omkring de ældre borgere, gennem tværprofessionelle teams. I resten af dette kapitel skal jeg vise hvordan teamorganiseringen kommer til udtryk i de to kommunernes interne dokumenter og

---

<sup>3</sup> Denne uddannelse inkluderer 2 års teori og 2 års praksis.

hjemmesider. Derefter vil jeg vise hvordan teamorganiseringen manifesteret sig ved de forskellige arbejdspladser. Her lægger jeg vægt på at belyse hvorvidt og hvordan organiseringen er i overensstemmelse med idealet om teamsamarbejde. På denne baggrund synliggør jeg i sidste afsnit, hvordan de forskellige medarbejdere erfarer at skulle få et tværprofessionelt samarbejde til at lykkes i praksis. Her lægger jeg vægt på at vise at de fagprofessionelle har forskellige ambitioner og ideer om hvad de skal opnå med den nye organisationsform.

#### ***4.2.1 Tværprofessionel teamorganisering – vigtig for at sikre at borgeren får en persontilpasset og omfattende service***

I Kommune DK er teamorganiseringen en del af det som kaldes en rehabiliterende forvaltning. Rehabilitering skal være værdigrundlaget for samarbejdet i kommunen. Kommune DK mener, at rehabilitering som helhed, samt hver eneste indsats og metode i et arbejdsforløb, skal sigte mod at bevare, genskabe og udvikle borgerens inklusion i samfundet, så borgeren derved har følelsen af at være en lige værdig og respekteret samfundsborger. Den tværprofessionelle teamorganisering i Kommune beskrives således i kommunens rehabiliteringsstrategi:

*”Vi inddrager hinanden og samarbejder på tværs af faggrupper og arbejdspladser over døgnet med fælles afsæt i borgerens mål, forventede tilstande og indsatser”*

*”Vi lytter til hinandens faglige input og er nysgerrige på hinandens tænkning og arbejdsmetoder”*

Kommune DK beskriver den tværfaglige opgaveløsning som en forudsætning for rehabilitering. I forhold til at bistå borgeren med at nå sit/sine mål, dannes mikroorganiseringer omkring hver borger bestående af de nødvendige og tilstrækkelige fagpersoner. For at gøre dette muligt, er alle organisatoriske enheder i den nye teamorganisering tværfagligt sammensat.

I Kommune NO har man baseret teamorganisering efter tillidsreformen. En koalition af rød-grønne partier har, som tidligere nævnt, sat en ny kurs for byen. På kommunens hjemmeside hedder det blandt andet:

*”Innføring av en tillitsmodell i hjemmetjenesten legger vekt på den enkeltes ressurser, egenmestring og kontroll over eget liv. Innbyggerne skal ha tillit til at de får den hjelpen de trenger, når de trenger det og i større grad involveres med utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?»*

På hjemmesiden siges der også om organiseringen:

*”Tillitsmodellen krever også en endring i organiseringen av tjenestetildelingen. Ansatte skal gis større ansvar og myndighet til å ta selvstendige beslutninger. Dette prøves nå ut i prosjektet ved at saksbehandler er fast medlem av teamet og at saksbehandling foregår tett på bruker og i en tverrfaglig kontekst. I tillegg til saksbehandler består teamene av sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeut og ergoterapeut. De selvstyrte teamene får i større grad enn før ta egne faglige beslutninger og fordeler arbeidsoppgavene seg imellom. Dette skal gi økt faglig påvirkning basert på nær dialog med den enkelte som mottar hjelp fra hjemmetjenesten.”*

Idéen om det tverrprofessionelle samarbejde er blevet en institutionel praksis i begge kommuner, og det ses hvordan idealet betragtes som værende effektiv og uundværlig i organiseringen af ældreomsorgen.

#### **4.2.2 Teamorganisering – hånd i hånd med øget spesialisering**

Visionen i Kommune DK var at skabe nye løsninger med borgeren i centrum. I Kommune DK er det *Ældre- og Handicapforvaltningen*, der forvalter politikken på ældreområdet i kommunen. Af forvaltningens hjemmeside fremgår det, at i *”Ældre- og Handicapforvaltningen ønsker vi at sætte borgernes mål og drømme i centrum. Derfor har vi organiseret os efter borgernes behov”*. I Kommune DK er der altså et stort fokus på at skabe personcentret pleje. Et fokus som Kommunen DK også hævder kommer til udtryk i organiseringen af plejen. I *Ældre- og Handicapforvaltningen* er der omtrent 3500 ansatte med forskellig faglig baggrund, bl.a. sosu-assistent/-hjælper, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sagsbehandlere, konsulenter etc.

Kommune DK's vision om at skabe integrerede og personcentrerede plejetjenester har resulteret i at organisere ældreomsorgen i form af en geografisk inndeling der sikre at



”adressen” afgør, hvor borgeren får hjælp og i form af fem forløbsheder der afgør, hvilke medarbejdere der kan rådgive, hjælpe og støtte borgeren. Disse forløbsheder har nemlig til formål, at sikre at borgerne ved hvert enkelt møde mødes på en særlig fokuseret måde.

For at understøtte muligheden for at de ældre borgere kan leve aktive og selvstændige liv, har Kommune DK inddelt driften i to geografier: Nord og Syd. I hver af de to geografier er forvaltningen inddelt i fem borgerforløb:

- Fysisk funktionsnedsættelse
- Medfødt hjerneskade
- Erhvervet hjerneskade
- Vedvarende sygdomsudvikling
- Sindslidelse

Det er borgerens adresse der afgør, hvilket geografisk område borgeren tilhører, mens det er borgernes individuelle funktionsnedsættelse der afgør, hvilket af de fem borgerforløb der tildeles. Borgerne i Fysisk funktionsnedsættelse varierer en del, da kommunen varetager mange forskellige former for funktionsnedsættelser. Den kommunale støtte kan således både tage form af genoptræning, midlertidig støtte i hjemmet, alliativ støtte samt hjælp døgnet rundt. I Fysisk funktionsnedsættelse arbejder de med såkaldte ’fremskudte rehabiliteringsteams’. Det betyder, at der er et specialiseret team i hver udkørende gruppe i Fysisk funktionsnedsættelse, der arbejder med rehabiliteringsforløb og to teams, der arbejder med de øvrige forløb. I denne masteropgave vil empirien fra Kommune DK primært have fokus på medarbejderne fra Fysisk funktionsnedsættelse og Vedvarende sygdomsudvikling – fordi det er disse to former for funktionsnedsættelse som i størst grad forbindes med ældreomsorg.

I Kommune NO består driften af fire afdeling. Afdelingerne er (1) Mestring og omsorg, (2) Oppvekst, (3) Velferd og (4) Tilrettelagte Tjenester. Det er den første afdeling – Mestring og omsorg – som er relevant i denne masteropgave. På hjemmesiden til afdelingen mestring og omsorg oplyses det, at afdelingen arbejder for at borgere og ansatte skal opleve mening, mestring og mod i sin hverdag. Tanken er at skabe en sammenhængende tjenestekæde, hvor målsætningen er at flest mulig skal bo i eget hjem længst mulig.

Afdelingen *Mestring og omsorg* har i tråd med implementeringen af tillidsmodellen i kommunen valgt at organisere tjenesterne efter princippet om selvstyrede teams. Der findes 6 forskellige tværfaglige sektioner med to teams i hver af dem. Der er tre sektioner (*Vurdering og rehabilitering*, *Alvorlig sygdom* og *Demens*) som skal ivaretage specialiserede funktioner, samt tre generalist sektioner (*Pleje og mestring*) som skal ivaretage mere generelle geriatriske pleje og omsorgsopgaver. Alle sektioner er tværfagligt sammensat bestående af hjemmehjælpere, helsefagarbejdere, sygeplejesker, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sagsbehandlere.

Sektionen *Vurdering og rehabilitering* består af to teams – (1) *Mottak og vurdering* og (2) *Hverdagsrehabilitering*. Hovedopgaven i sektionen er at tage imod og vurdere og følge op på nye borgere uden tjenester fra før, og borgere som har privat leverandør af tjenester. Sektionen har et tæt samarbejde med sygehuse og helsehuse. Siden Kommune NO skal styrke indsatsen indenfor rehabilitering i hjemmet, har man valgt at *Mottak og vurdering* udvides med en stilling som ergoterapeut.

Sektion *Alvorlig sygdom* arbejder for palliative borgere (i alle aldersgrupper) indenfor forskellige sygdomme; kræft, ALS og andre neurologiske sygdomme. *Demens* sektionen varetager borgere med et funktionssvigt relateret til demens og psykiatri. Det er borgere med forskellige kognitive og psykiske udfordringer som har brug for en anden opfølgning end en traditionel hjemmehjælper.

I Kommune NO findes der derudover de tre sektioner som ivaretage mere generelle geriatriske pleje og omsorgsopgaver. De tre sektioner 'ligner' mere på de traditionelle (norske) soner af hjemmetjenesten som betjener borgere med alle typer diagnoser inden for et geografisk område og som har en hovedvægt af geriatriske patienter. Alle tre sektioner er tværfaglig sammensat med fysioterapeut og ergoterapeut i tillæg til sygeplejesker, helsefagarbejdere, hjemmehjælpere og ufaglærte. Hver af de tre sektioner er delt ind i to selvstændige teams, hvor de fagprofessionelle skal planlægge egen arbejdsdag og kompetencen skal fordeles med udgangspunkt i borgernes behov. Målet er at sikre at borgerne forholder sig til få personer. I denne masteropgave vil jeg særligt zoome ind på disse tre teams.

Det skal fremhæves, at der i Kommune NO er høje forventninger til teamenes evne til selvledelse, da visitator (sagsbehandler) er en del af teamene. I Kommune DK indgår visitatorerne ikke i de tværprofessionelle teams. Man har derfor en klar forventning om, at det er visitatorerne der bestemmer det rette forløb for borgerne i Kommune NO.

Til trods for at Kommune DK og Kommune NO sigter efter samme mål om integrerede og personcentrerede tjenester, er de tværprofessionelle teams opbygget forskelligt. Sandsynligvis fordi de har forskellige geografiske, økonomiske og personalemæssige forudsætninger, men også fordi lederne har taget forskellige beslutninger. Kommunerne iværksatte deres teamorganisering på forskellige tidspunkter og har i løbet af sin udviklings tid mødt vidt forskellige skæbner, til dels med udgangspunkt i forskellige kontekstuelle forhold. Fælles er dog, at de har gennemgået en form for oversættelse i kommunerne, således at dele af idealerne er ændret eller tilpasset kommunernes kontekst. Ydermere ses det at man i organiseringen af de tværprofessionelle teams har valgt opløse de monofaglige tjenester. I Kommune DK har man valgt at flytte sygeplejesker, fysioterapeuter og ergoterapeuter ind i ældreomsorgen for at skabe en mere personcentret pleje. Det samme ses i Kommune NO, men her er det dog kun fysioterapeuter og ergoterapeuter som er flyttet ind i ældreomsorgen, da sygeplejerskerne allerede var en del af plejetjenesterne i ældreomsorgen.

#### **4.2.3 Opsummering**

Begge kommuner baserer sig på anbefalinger om tværprofessionelle teams – en organisationsform som i en lille grad bliver problematiseret. De har valgt at opløse de tidligere monofaglige tjenester og har satset på teams indrettet mod forskellige borgergrupper og tjenesteforløb vil være den bedste måde at møde de nye udfordringer. Teamorganiseringen i de to kommuners interne dokumenter og hjemmesider danner et indtryk af at borgerne bliver mødt af tværfaglige teams som samarbejder tæt.

Øvretveit et al. (1997) viser den vanskelige udfordring, som de ansvarlige ledere står overfor, når de beslutter, om de skal omorganisere tjenester og fokusere på tværprofessionelle teams. Hvis man overvejer at investere i tværprofessionelle teams, skal man også overveje, hvordan teamene er en del af et større landskab af tjenester. Her er spørgsmålet om kommunerne egentlig har foretaget en grundig analyse af konsekvenserne af opløsningen af

de monofaglige tjenester. Dette håber jeg at vi får svar på når analysen i de næste to afsnit ser nærmere på hvordan teamene materialiseres i praksis.

### **4.3 Var forudsætningerne for team til stede?**

Jeg har i overstående afsnit præsenteret, hvordan kommunernes topledelse har fortolket og oversat ideerne om et tværprofessionelt samarbejde på papiret. Ifølge de to kommuners interne dokumenter og hjemmesider dannes der et indtryk af, at borgerne bliver mødt af tværfaglige teams som samarbejder tæt. Ledelsens visioner om den nye teamorganisering afslørede et implicit håb om at høste nogle af de fordele, der er beskrevet, når team diskuteres i idealistiske termer – som tæt integrerede enheder, hvor medlemmer samarbejder på fuld tid, baseret på fælles mål og med en klar rolleforståelse (Øvretveit et al 1997; Glasby & Dickinson 2008; Reves et al 2018). I masteropgavens empiriske datamateriale giver medarbejderne et andet indtryk end de ideelle teambeskrivelser som kommer til udtryk i kommunernes interne dokumenter og hjemmesider. I dette afsnit af analysen vil jeg undersøge, hvordan ideen om tværprofessionelle teams var blevet oversat til praksis på de forskellige arbejdspladser. For at synliggøre den type justeringer, der blev foretaget i denne oversættelsesproces, vil jeg vise kontrasten mellem teamidealet og teamene, som de fremstod i hverdagen. Jeg påpeger grundlæggende, at der er nogle forskelle mellem teamene – ikke kun på tværs af de to lande/kommuner, men også inden for kommunerne. For eksempel arbejder de specialiserede teams i Kommune NO mere intensivt med specifikke sundhedsproblematikker og har generelt et mere stabilt og kvalificeret personale end kommunens generalistteam. Det må også nævnes, at nogle problematiske forhold beskrevet i et team er løst eller er i færd med at blive løst i et andet team. Dette indikerer, at tilpasninger finder sted over tid, da teamene gennem flere samtaler kan nå til enighed om, hvilke rutiner og regler der fungerer.

#### ***4.3.1 Teamorganisering – med forskellige arbejdstider, arbejdsrytmer og lokationer***

I begge kommuner bliver der fra ledelsens side lagt vægt på, at man tidligere har arbejdet *flerfagligt* i adskilte siloer, men man forsøger under den nye organisering at arbejde mere *tværfagligt* i et tættere og mere synkront fællesskab. Noget af det som var påfaldende i forskerens møde med de forskellige arbejdspladser var hvor lidt medarbejderne var samlet.

Dette handler til dels om, at de arbejdede på forskellige tidspunkter, i forskellige arbejdsrytmer og i forskellige lokationer.

Fra forskerens feltnotater fremgår det tydeligt, at de fagprofessionelles arbejdstider er forskellige. I Kommune NO arbejdede det konventionelle plejepersonale i roterende skift (dag, aften og weekender) dagskift startende kl. 7.30 om morgenen, hvorimod terapeuternes regelmæssige arbejdstid var mellem kl. 09.00-16.00. De samme arbejdstider gør sig gældende i Kommune DK, her ser man ligeledes, at sosu-assistenterne og –hjælperne startede kl. 7.00 om morgenen, mens terapeuterne og sygeplejerskernes arbejdstid var mellem kl. 09.00-16.00.

I begge kommuner er forskellen mellem det konventionelle plejepersonale og terapeuterne understøttet af det faktum, at nogen af borgerne krævede en monofaglig opmærksomhed. For eksempel vil en ældre borger med fodsår skulle vurderes og behandles af en kompetent sygeplejeske – ikke af andre professionsudøvere. Ligeledes behøver en handicappet person med specifikke behov for fysioterapi, ikke opmærksomhed fra en sygeplejeske, men fra en kompetent fysioterapeut. Det konventionelle plejepersonale måtte tilpasse arbejdsrytmen efter borgernes akutte behov og/eller efter deres døgnrytme. Terapeuterne derimod, som arbejder med forebyggende og tilrettelæggende opgaver, dvs. hjælpemidler og tilrettelæggelse af træning eller rehabilitering, er friere til at vælge når patientmøderne skal finde sted.

I begge kommuner opleves der et usynligt hierarki mellem de fagprofessionelle og teamene som genspejles i forskellige arbejdsintensitet. Det fremgår tydeligt, at terapeuterne i begge kommuner har færre borger pr. arbejdsdag. I Kommune NO oplever man ligeledes store forskelle mellem specialist- og generalistteamene med hensyn til antal besøg pr. arbejdsdag og arbejdsrytme. Under en observation af en helsefagarbejders arbejdsdag, i Kommune NO, kunne man opleve hvordan vedkommende havde 13 besøg på sin arbejdsliste – alt fra fem minutters besøg for at hjælpe med insulin, til en to-timers morgenpleje inklusive medicin, forberedelse af morgenmad og hjælpe med et ugentligt bad.

I det empiriske datamateriale fremgår det, at det konventionelle plejepersonale i begge kommuner holder korte morgenmøder hver dag. Disse havde en varighed på ca. 15-20 min, hvorefter plejepersonalet påbegyndte sin arbejdsdag ude blandt borgerne (før terapeuterne

var kommet på arbejde). For en udenforstående synes nogle af morgenmøderne at være temmelig stressende, hovedsageligt på grund af sygefravær, vikarer og evt. presserende behov for at omlægge arbejdslistor og kørselsruter. I begge kommuner kunne man opleve, at medarbejderne skulle håndtere borgernes informationer i et journalsystem på en iPad/tablet. Morgenmøderne afslørede, at arbejdet var en kollektiv indsats, da plejepersonalet hjalp hinanden og evt. udfordringer skulle løses inden arbejdsdagen startede. I en observation fra et morgenmøde i et norsk generalistteam oplevede man at medarbejderne sammenlignede arbejdslistor og diskuterede, hvordan man arbejder i gennem dagen, herunder hvordan man bevæger sig fra et sted til et andet sted. I kontrast til plejepersonalets kollektive opgaveansvar havde terapeuterne i større grad ansvar for deres "faste" borgere.

Udover at de fagprofessionelles arbejdstider og arbejdsrytme er forskellige, ses det også, at medarbejdernes lokationer er forskellige i begge kommuner. Når plejepersonalet ikke står alene ude hos borgerne kan de mødes i fællesskab i store mødelokaler, hvor der er placeret store borde. Her kan de mødes samt dokumentere i borgernes journaler på deres iPad. Terapeuterne har derimod deres egne monofaglige kontorer, og det samme gør sig gældende for sygeplejerskerne i Kommune DK. I Kommune NO sad terapeuterne i sin egen etage sammen med terapeuter fra andre teams (se afsnit 4.4.2 som forklarer hvorfor).

#### **4.3.2 Teamdefinering – medlemskab**

Formålet i begge kommuner var, at medarbejderne skulle arbejde sammen på en integreret måde, dvs. mod et fælles mål som en fælles ansvarlig enhed med en fælles identitet. Medlemmerne skulle lære hinanden at kende og udvikle tidlidsrelationer. Her har rekrutteringen og fastholdelse af medarbejdere blandt andet en stor betydning for teamorganiseringen. I begge kommuner peges der på udfordringerne ved, at sammensætningen af teamene konstant ændres gennem deltidsstillinger, manglende kompetence og vikarer. I en kommentar fra en leder i Kommune DK kommer det til udtryk, at rekrutteringen af kvalificeret medarbejdere har været udfordrende:

*"Vi har haft rigtig svært ved at rekruttere sygeplejersker, men det bliver bedre"*

Som Øvretveit et al. (1997) hævder, har medlemskab i et team stor betydning for teamets ydeevne. I en kommentar til en observation udtrykte en administrativ interviewperson i Kommune NO frustration over rekrutteringsproblemet:

*"Hver gang vi annonserer en ledig stilling i teamet for "Alvorlig sygdom", vil sygepleiere fra generalistteamene søge". Derfor blir problemet med bemanning overført til generalistteamet"*

Udover at der vises til et rekrutteringsproblem i generalistteamene tydeliggøres, at sektionen for Alvorlig sygdom i Kommune NO er mere "spændende" og udfordrende fagligt for sygeplejerskerne. Kommunens ledere giver udtryk for, at de ikke havde forudset rekrutteringsproblemet i generalistteamene. I det empiriske datamateriale bemærkes det, at de fagprofessionelle, som arbejder inden for de specialiserede teams i kommunen, generelt udtrykker mere tilfredshed med den nye teamorganisering end de fagprofessionelle fra generalistteamene. For eksempel udtrykte sygeplejersker i et interview fra sektionen Alvorlig sygdom, at deres arbejde er meningsfuldt og interessant. De værdsatte autonomien som sygeplejerskerne har fået i den nye organisationsmodel. Dog kæmpede de for at finde en god måde at samarbejde med terapeuterne på, var de optimistiske med hensyn til potentialet for yderligere udvikling af teamet. Sygeplejerskerne fra kommunens generalistteam var mere pessimistiske, for det første fordi de følte, at det havde mistet meget kompetence og tillid til kolleger under omorganiseringen. En af sygeplejerskerne bemærkede:

*"Vi mistede mange af våre kolleger. De beste forsvandt. De flyttes enten ind i andre stillinger eller i spesialteamene, eller de forlod organisationen. ... "*

For det andet følte sygeplejerskerne i generalistteamene, at de hele tiden blev styret af et stopur. Mens sygeplejersker fra specialistteamene stort set var enige om, at organiseringen havde forbedret deres evne til at udnytte egne færdigheder.

Derudover havde flere af interviewpersonerne fra generalistteamene ikke altid en klar idé om teamorganiseringen. Da langt størstedelen af medarbejderne i generalistteamene desuden var indvandrere, hvoraf nogle havde dårlige sprogkunderskaber, havde de ganske åbenlyst gået glip af informationen om omorganiseringen. Selv blandt nordmænd, som havde arbejdet i tjenesten i lang tid, var den nye organisering en ud af en lang række

omorganiseringer – som alle forstyrrede deres daglige arbejde. Dette var mest slående blandt de medarbejdere, der havde arbejdet i kommunen i en kort periode, og blandt medarbejdere, der havde en lille deltidsstilling eller arbejdede som vikarer. For eksempel udtrykte terapeuterne, at ansvaret for borgerne var pulveriseret og fordelt på alt for mange helsefagarbejdere. Hertil viser flere af terapeuterne til, at generalistteamene lider af en stor turnover og et højt sygefravær blandt helsefagarbejderne.

*“Det var mange nye og mange vikarer. Det er stor turnover hos de faste.”*

*“Det er veldig mange vikarer. Fire av fem er vikarer på en dagvakt. På torsdag var det fem seks og en var fast. Da er det vanskelig å få kontinuitet.”*

Den hyppige udskiftning blandt helsefagarbejderne kan udgøre et vanskeligt udgangspunkt for samarbejdet på tværs af professionerne. Som Øvretveit et al. (1997) viser, påvirkes medlemskabet i teamet af stillingens størrelse og anciennitet. Denne problemstilling er et stort tillægsproblem i Kommune NO, og opleves ikke i samme grad i Kommune DK. Dette kan forklares med, at man i Norge er præget af mange små deltidsstillinger og mange vikarer, som især kommer til udtryk i Kommune NO (se afsnit 4.1.2).

Selvom repræsentanter fra Kommune NO's ledelse indrømmede, at organiseringen endnu ikke var en succes, betragtede de det som realistisk at forvente, at teamene ville køre mere jævnt, da de gradvist formåede at rekruttere og fastholde et mere stabilt og højtuddannet personale.

#### **4.3.3 Fælles mål og ansvar – betydningen af kommunikation og fælles møder**

Katzenbach og Smith (1993) lægger vægt på, at teamet altid skal have et fælles mål, og at alle skal være gensidigt ansvarlige for resultaterne. At organisere tværprofessionelle teams, kræver derfor at det er tydeligt *hvem* (hvilke borgere) man skal samarbejde om, hvordan man skal samarbejde samt hvilke medarbejdere som har ansvaret for, at samarbejdet finder sted. Den kollektive præstation og ansvaret er derfor vigtig i et team. Som Assmann (2008) hævder er den store forskel mellem grupper og team. En gruppe kan betragtes som et forum for informationsudveksling og koordinering. Et team er i højere grad baseret på interaktion og fællesskab i forbindelse med at have et fælles mål. I en gruppe er det ikke lige vigtigt at passe godt på medlemmerne, som det er i et team.



Ældreomsorg er en kompleks interaktiv proces, der kræver en koordineret indsats fra forskellige medarbejdere, der arbejder 24/7 i roterende skift. Som jeg skitserede i teorikapitlet sammensættes et team ofte for at løse et problem eller en kompleks opgave. Et team sammensættes, fordi der er et ønske om, at alle medlemmerne skal bidrage med værdifuld viden fra deres profession (Newell et al., 2009). Derfor bliver medlemmernes evne til at kommunikere anset som vigtig i teamarbejde (Assmann, 2008). Man kan sige, at kommunikation udgør et fundament for tværprofessionelt samarbejde. Hvis ikke samarbejdet fungerer, tilskrives det ofte manglende eller dårlig kommunikation (Lehn-Christiansen, 2016). En fysioterapeut fra Kommune DK udtaler:

*"Det kan godt være, at man er i samme rum, men hvis man ikke kender hinanden, så snakker man ikke sammen."*

Men det var ikke bare manglende kendskab til hinanden som vanskeliggjorde kommunikationen og samarbejdet. Datamaterialet viste, at de forskellige faggrupper kæmpede for at finde tid og rum, til at kommunikere og samarbejde om konkrete patienter. Vanskelighederne opstod i stor grad fordi, de fagprofessionelle arbejdede på hver sin kant med hver deres borgergruppe. Ifølge et interview med en fysioterapeut fra Kommune NO, tilhørte hans borgere ikke samme kategori af borgere, der modtog hjemmepleje. Ifølge fysioterapeuten var det svært at forklare for sin nye leder, at det ikke uden videre fandtes naturlige arealer for fælles diskussion. Lederen (en sygeplejeske), som aldrig tidligere havde arbejdet i hjemmeplejen og de kommunale plejetjenester, havde åbenbart taget for givet, at terapeuterne og plejepersonalet delte den samme population af borgere. Den nye leder havde foreslået, at terapeuterne skulle deltage i morgenmøderne for plejepersonalet. Imidlertid indså både lederen og terapeuterne hurtigt, at disse møder var for travle til at reflektere tværfagligt over hinanden. En fysioterapeut forklarede:

*"For sygepleierne er morgenen veldig travel på grunn av alle menneskene som trenger hjelp til å komme seg ut av sengen. Dette møtet handler om omorganisering og om hvem som skal kjøre hvor med hvem"*

De korte og hektiske morgenmøder afslørede, hvor vanskeligt det var at få kommunikation og samarbejde til at lykkes på et operationelt niveau. Udover morgenmøderne blandt

plejepersonalet stræber begge kommuner efter at etablere tværfaglige møder i teamene, hvor hensigten er at styrke det tværprofessionelle samarbejde og sætte borgerne i fokus.

I kommune NO havde man etableret en fast dag i ugen til et tværfagligt møde. Plejepersonalet blev opfordret til at møde op, men det var frivilligt, da hensigten var, at de her skulle diskutere konkrete borgersager, hvor det ville være aktuelt at samarbejde. Deltagelsen på disse møder var imidlertid elendig blandt medarbejderne – dels på grund af sygfravær og mangel på personale. I observationerne og interviewene opleves det, at de travle arbejdsdage i generalistteamene gjorde de tværfaglige møder vanskelige at gennemføre i praksis. Møderne blev regelmæssigt aflyst på grund af sygefravær blandt medarbejderne og højt arbejdstryk i teamene.

*”Halvparten av møtene blir avlyst fordi det ikke er noen pleiere som møter opp. Forrige uke møtte jeg opp og det var bare vikarer, det var en fast, så var det hun nye ernæringsfysiologen og meg. Hvis en av alle møter opp er det vanskelig å formidle en holdning eller en tanke. De møtene er beskjed møter. (...) Møtene er litt ustrukturerte og litt beskjed møter. Ikke en dialog.”*

I Kommune NO oplever terapeuterne i generalistteamene, at de tværfaglige møder bliver aflyst fordi plejepersonalet ikke møder op. Terapeuten peger på at møderne er ustrukturert og muligheden for dialog er vanskelig. Det kan igen skyldes kommunens problem med små deltidsstillinger og mange vikarer som komplicere de tværfaglige møder i teamene.

Afholdelsen og kvaliteten af de tværfaglige møder i Kommune DK varierede. I afdelingen Fysisk funktionsnedsættelse varierer det fra team til team, hvor ofte de holder tværfaglige møder. Det fremskudte rehabiliteringsteam samles hver morgen, hvorimod de to andre teams mødes hver 14 dag. Fælles for alle møderne er, at man diskuterer konkrete borgere – hvad er borgerens mål, og hvordan de klarer at nå sine mål. Flere af terapeuterne giver dog udtryk for at møderne primært handler om hjemmeplejen, de får derved ikke et fagligt udbytte af at deltage. I afdelingen Vedvarende sygdom drejer møderne sig om en kort sparring, som består af 15 min ”summing” rundt om bordet. En sosu-hjælper fortæller, at de ikke har faste tværfaglige møder længere pga. travlhed, men de sagtens kan bede om disse møder.

Som det fremgår i begge kommuner er afholdelsen af de tværfaglige møder vanskeligt at få til pga. travlhed og sygdom. Da arbejdet i ældreomsorgen, som tidligere nævnt, kræver en koordineret indsats omkring akutte og tidsbestemte opgaver, kan det være svært at finde tid til at mødes til de tværfaglige møder. Flere af medarbejderne påpeger at deres opmærksomhed til dels er i forskellige verdener, det kan derfor være kompliceret for plejepersonalet og terapeuterne at etablere et fælles tidsrum for at styrke det tværprofessionelle samarbejde.

#### **4.3.4 Hvordan afgøre og prioritere hvem som har behov for tværprofessionel indsats**

Mundtlig kommunikation fylder meget i tværprofessionelt samarbejde, men rigtig meget kommunikation foregår skriftligt f.eks. gennem journaler, retningslinjer og behandlings- og plejeplaner. I begge kommuner havde omorganiseringen medført, at faggrupperne blev indordnet et fælles patientadministrativt system. Disse arbejdsredskaber kan alle betragtes som teknologier, der i lig med de menneskelige aktører er med til at skabe det tværprofessionelle samarbejde (Lehn-Christiansen). Alle disse teknologier rummer information om, hvad der er sket i praksis, og hvad der skal ske mellem de mange involverede professionelle aktører.

I begge kommuner peger medarbejderne på den skriftlige kommunikation som en stor udfordring for det tværprofessionelle samarbejde i teamene. Problemet med den skriftlige kommunikation handler om information og visiteringen af tjenester til borgerne. Det bliver beskrevet, at det tværprofessionelle samarbejde lægger et øget pres på sosu-assistenternes/-hjælperne til at dokumentere og reflektere, uden at de får ekstra tid. Ifølge en visitator mangler sosu-assistenternes skriftlige kompetencer, og det vedkommende kalder:

*"manglende vilje til at dokumentere på skrift".*

De har ifølge visitatorerne svært ved at dokumentere, men det understreges også, at de ikke har ordentlig tid til at dokumentere tilstrækkeligt. Dette er en udfordring for visitatorerne, fordi de ofte er nødt til at træffe afgørelser på baggrund af den skriftlige dokumentation fra sosu-assistenternes/-hjælperne – en dokumentation der opleves utilstrækkelig. Det er dermed svært at træffe en afgørelse på et mangelfuldt grundlag.

Også i Kommune NO oplevede medarbejderne i generalistteamene, at deres hverdag generelt var for travl til at foretage løbende behovsvurdering blandt borgerne. Det tager tid og opmærksomhed at udforske hver enkelt borgers behov. Vanskelighederne med at afvikle behov og holde plejearbejdet på rette spor blev forstærket af det faktum, at vikarer og deltidsarbejdere ofte ikke kendte de borgere, de besøgte. I slutningen af dagen skal hver medarbejder opdatere oplysninger i borgernes journaler. I flere interviews blev det påpeget, at der var problemer med utilstrækkelige journaler om overdragelse. Mange beklagede, at udleveringsoplysningerne ofte var unøjagtige, ufuldstændige, partiske og misforståede, hovedsageligt fordi der manglede tid til at skrive korrekt om borgerens situation. En helsefagarbejder udtaler:

*”Det er vanskelig å begynne å utføre dokumentasjonsarbeidet mens du er inne i klientens hus. I dag var jeg opptatt. Det var så mange andre klienter som ventet på meg. Da har du ikke tid til å gjøre mer enn bare å 'krysse av i boksen' og fortelle at du har vært der. Du planlegger å lage mer detaljert dokumentasjon senere - før slutten av dagen. Men - så glemmer du kanskje noen detaljer”*

Der er i Kommune NO høje forventninger til teamenes evne til selvledelse, da visitator er en del af teamene. Visiteringen af tjenester foregår derfor direkte i teamene, hvor alle medarbejderne kan tildele borgeren en tjeneste. Dog er udfordringen ligeledes at medlemmerne i teamet skal træffe afgørelser på baggrund af den skriftlige dokumentation. Dokumentationen opleves utilstrækkelig og det er derfor svært at afgøre og prioritere hvem som har behov for tværprofessionel indsats.

#### **4.3.5 Opsummering**

Kommunerne har valgt at opløse de tidligere monofaglige tjenester og satse på teams indrettet mod forskellige borgergrupper og tjenesteforløb. Jeg har i dette afsnit undersøgt, hvordan kontrasten er mellem teamidealet og teamene, som de fremstod i hverdagen.

I begge kommuner er forudsætningerne for en tværprofessionel teamorganisering svært begrænset. Den kollektive præstation og ansvaret er vigtig i et team. I begge kommuner har de fagprofessionelle forskellige arbejdstider, arbejdsrytme og lokation. Disse forskelle påvirker kommunernes ambition om at afholde tværfaglige møder i teamene, hvor fælles mål, koordinering og kommunikation vægtes.

Som Assmann (2008) viser til, er der en stor forskel mellem grupper og teams, en gruppe kan betragtes som et forum for informationsudveksling og koordinering. Et team er i højere grad baseret på interaktion og fællesskab i forbindelse med at have et fælles mål. I en gruppe er det ikke vigtigt at passe godt på medlemmerne, som det er i et team. De fagprofessionelle beskriver hvordan de tværfaglige møder afholdes med store mellemrum eller bliver aflyst. Da kommunikation udgør et fundament for tværprofessionelt samarbejde er det yderst problematisk, da samarbejdet er svært begrænset, tilskrives det ofte manglende eller dårlig kommunikation. Ydermere fremgår det, at den skriftlige kommunikation er en stor udfordring i begge kommuner.

#### **4.4 Teamorganisering og den faglige udvikling**

Jeg har i overstående afsnit undersøgt hvordan de tværprofessionelle teams materialiseres i praksis, og hvordan de fremstår set i forhold til team idealer. I dette afsnit vil jeg undersøge de fagprofessionelles perspektiver på den nye organisationsform og give et indblik i hvordan de oplever muligheden for at arbejde fagligt. Jeg vil vise, at selv om medarbejderne udtrykker sig generelt positivt om fordele ved tværprofessionelt samarbejde, giver de også udtryk for at teamorganiseringen har haft nogle omkostninger.

##### **4.4.1 Alle slutter sig til idealerne**

Det er interessant at konstatere, at det er svært at finde medarbejdere, der ikke ønsker at samarbejde, eller som har en erkendelse af at være mindre gode til det. Tværtimod synes der at være en bred opbakning blandt de fagprofessionelle til ideen om, at et styrket og velfungerende tværprofessionelt teamsamarbejde vil have en positiv indvirkning på det samlede resultat af et forløb, og at man derfor gerne vil samarbejde. Det empiriske materiale viser med stor tydelighed, at både nyuddannede og erfarne medarbejdere gerne vil være en del af tværprofessionelt samarbejde:

*“For meg som er nyuddannet bliver det en sånn selvfølgelighet. Vi har blitt veldig innprentede i utdannelsen.”*

I et gruppeinterview med ergoterapeuter, fysioterapeuter og sygeplejesker fra forskellige teams fra Kommune DK, bliver det påpeget, at tværprofessionelt samarbejde kan have både fordele og ulemper. En af fordelene er, at terapeuterne kommer tættere på borgerne.

Terapeuterne siger, at den mundtlige information fra sosu-assistenterne giver et mere fyldest gørende billede af borgerens situation:

*" (...) Men jeg synes jo, at den helt store fordel er, at vi er samlet. Altså ... de skal ikke til at finde telefonnumre og ringe... til mig og ikke - de ved ikke, hvem jeg er, de har ikke ansigt på mig. Altså vi sidder lige på den anden side af gangen- de kan hurtigt få mig ud til borgeren. (...) Så ... jeg synes, at det er en kæmpe fordel, at man er samlet alle faggrupper. Det ... gør det endnu nemmere at have det tværfaglige samarbejde. Ja. "*

Dette bliver endvidere understøttet af en anden terapeut, som påpeger at det styrker samarbejdet med de andre professioner:

*"Altså som ergoterapeut synes jeg, at det er meget meget bedre, fordi vi får vores kollegaer ind under huden i forhold til de andre faggrupper, som har et andet syn på den borger vi har i centrum, så jeg synes det er meget meget bedre, vi får mange flere informationer fra dagligdagen, fra kontoret, som jeg ellers skulle opsøge selv, hvis jeg sad for mig selv på et terapeutkontor."*

De norske terapeuter kom med tilsvarende synspunkter. I et fokusgruppeinterview med terapeuter fra Kommune NO blev det forklaret, at de generelt kunne lide tanken om at arbejde tættere på plejepersonalet. Fra deres synspunkt var den tidligere BUM-model dysfunktionel, fordi de ikke havde nogen viden om de enkelte borgers hverdag. Derfor var det fornuftigt for dem at arbejde i tættere kontakt med plejepersonalet, som havde førstehåndsviden om de ældres hverdag. I kommunen er plejepersonalet også positive over at have terapeuterne i samme bygning:

*"Vi kjente ikke ansiktene deres før. I dag er det lett å komme inn på kontoret deres hvis en av pasientene trenger noe utstyr"*

På grund af den nye teamorganisering oplevede plejepersonalet i begge kommuner, at muligheden for at skabe kontakt med terapeuterne var lettere. I begge kommuner udtrykte sosu-assistenterne/-hjælperne og helsefagarbejderne, at den nye teamorganisering bidrog til ny læring (specialisering) og et nyt fagligt blik. Det opleves ligeledes at de er positivt indstillet

til samlokaliseringen og muligheden for at kunne snakke med kollegaer, som de tidligere "bare" havde skriftlig kontakt med.

#### **4.4.2 Men omstillingen til tværprofessionelle team indebar også tab**

Til trods for at der mange som er positivt indstillet overfor idealet om en tværprofessionel teamorganisering, udtrykte flere interviewpersoner i begge kommuner, at koordination og samarbejde mellem plejepersonalet og terapeuterne var en kompleksudfordring ved den nye teamorganisering. Hovedproblemet med at gøre det operationelt er, at plejepersonalet og terapeuterne opererer i forskellige terræn – det vil sige at de arbejdede på forskellige tidspunkter og med opgaver, som krævede forskellige arbejdsrytmer, plus de til dels havde sine "egne" borgergrupper, som ikke havde behov for tværfaglig indsats. Flere af terapeuterne i Kommune NO sammenlignede teamorganiseringen med det tidligere terapeut team, hvor de havde flere kollegaer at sparre med og hver terapeut havde en spidskompetence. De følte sig fagligt ensomme og presset ind i en generalist-rolle

*"At fagligheden og ikke får utfolde seg der man er god. Alle må ta ting som man ikke er god på, men samtidig, vi er mange forskjellige mennesker og har forskjellige sterke og svake sider og kan utfylle hverandre. Nå må vi være universale. Det er ikke alltid lett."*

*"De jobber med sitt. Vi jobber med vårt. Jeg føler at den faglige utviklingen har gått ned. Jeg synes det var bedre faglig utvikling for to år siden enn nå."*

En konsekvens ved teamorganiseringen var, at de fagprofessionelles rolle ændret sig fra at være monofaglige specialister til generalister, der skulle dække mange arbejdsområder på en og samme tid. De fagprofessionelle oplevede, at hensynet til deres monofaglige spidskompetence kom i baggrunden. Denne problemstilling kommer til udtryk i begge kommuner. Flere af terapeuterne i Kommune NO gav udtryk for at muligheden for monofaglig udvikling og specialisering er blevet svækket, det skyldes bl.a. at de er blevet skilt fra sine fagfæller og mangler en faglig leder:

*"Du føler deg ganske ensom. Du har ikke den som jeg hadde før at jeg bare kunne gått hva tenker du om det problemet der. Har du noen lur måte som vi kan løse den"*

*på? ... Jeg må (nå) sitte å diskutere med meg selv. Det er greit å ha noen andre å diskutere med.”*

Den samme problematik gør sig gældende i Kommune DK. Her oplever både terapeuter og sygeplejersker den samme sårbarhed i forhold til den monofaglige tryk. En fysioterapeut påpeger:

*“Der er stadig noget at arbejde på- det er der. Men vi sidder også langt fra hinanden. Og stadigvæk så har vi også brug for at snakke sammen monofagligt. (...) Der er ikke altid, at jeg har - måske har behov for at vende det med en assistent eller en sygeplejerske.”*

I Kommune DK, hvor der var stor mangel på sygeplejersker, opstod samme problem i nogle teams. Det påpeges flere gange i interviewene, at det som sygeplejerske kan være vanskeligt at stå alene ude hos en svært syg borger. Det påpeges, at sygeplejerskerne savner kollegaer fra samme profession at sparre med:

*“ (...) Og stadigvæk så har vi også brug for at snakke sammen monofagligt.”*

*“Jeg tror det er svært at gøre det fuldstændig godt 100%. Fordi sygeplejerskerne vil gerne være monofaglige sammen, og de vil også gerne selvfølgelig være en del ude grupperne.”*

Den tværprofessionelle teamorganisering skaber derfor et monofagligt tab ifølge terapeuterne i begge kommuner, og sygeplejerskerne i Kommune DK. I et gruppeinterview med terapeuter fra Kommune NO mente de, at det var for radikalt at være fuldt integreret i teamene, da det indebar, at de mistede fællesskabet med kolleger fra deres egne professioner. Ved at være en del af et generalistteam havde de ingen at konsultere, hvis de stod over for problemer, i forbindelse med et terapeutisk problem. Deres nye kollegaer var alle sygeplejersker, inklusive lederen for afdelingen. Da de nu forventes, at betjene borgere inden for et mindre geografisk område, forventedes de at fungere som generalister. Nogle af dem følte, at deres professionelle færdigheder blev fortyndet. For at bevare de professionelle færdigheder, havde de forhandlet med administrationen om at blive placeret på samme etage på trods af, at de tilhørte forskellige afdelinger og teams.



#### **4.4.3 Dilemmafyldt praksis - idealet tilgodeser en faggruppe**

Det empiriske datamateriale peger på, at det tværprofessionelle samarbejde i begge kommuner er præget af en række dilemmaprægede udfordringer. Dilemmaerne opstår, fordi forskellige rationaler og logikker mødes og brydes i et forsøg på at skabe en tværprofessionel praksis.

Den tværprofessionelle praksis presses i mange forskellige retninger og udmønter sig i en række dilemmaer, som de fagprofessionelle og kommunale ledere håndterer på forskellig vis. Et eksempel på et dilemma, som masteropgavens analyse underbygger, er det dilemma der opstår, når man som fagprofessionel skal håndtere at styrke den faglige kvalitet og samtidig effektivisere arbejdet. Et andet dilemma udgøres af ambitionerne om, at idealet sigter efter specialiserede fagprofessionelle samtidig med, at man skal skabe helhed og sammenhæng i omsorgstilbuddet til ældre borgere. Det er således en vigtig pointe, at det ikke er det enkelte krav i sig selv, men den samlede mængde af krav, der tilsammen skaber en dilemmafyldt praksis (Lehn-Christiansen, 2016). Videre fremstår idealet om tværprofessionelle teams dilemmafyldt, da det ligner at idealet tilgodeser sosu-assistentene/-hjælperne og helsefagarbejderne. I kommunerne peger flere af medarbejderne på, at borgerne får bedre tjenester gennem den nye organisering men organiseringen passer en type faggruppe bedst.

Flere af terapeuterne i Kommune NO mente, at organiseringen var gennemført, fordi plejepersonalet skulle få faglig påfyld, ved at lære sig terapeuternes mestrings tænkning.

*“Det som jeg tenker er at ledelsen forventer at vi skal ha med oss mestringsstanken inn i teamene og bidra til å implementere pleierne. For å fremme aktivitet ute hos brukere”*

*”Jeg tror denne måten organisere på tror jeg er veldig bra for hjemmesykepleien. Jeg tror faktisk at brukerne får bedre tjenester, men det er litt rotete for oss.”*

Omorganiseringen synes i første række at være gjort af hensyn til sosu-assistentene/-hjælpere og helsefagarbejdere, da omorganisering styrker de faglige kvalifikationer hos de lavere uddannede. Det ses særligt i Kommune NO, at samarbejdet mellem helsefagarbejderne og terapeuterne er vanskeligt, da det stadig er nødvendigt at prioritere de mest akutte behov.

Medarbejderne bliver sammensat i tværprofessionelle teams, og kommunerne sætter alt ind på at optimere både fagligt, organisatorisk og økonomisk for at skabe – eller blot bevare – ældreomsorgen. Idealet om tværprofessionelle teams møder en bred opbakning blandt de fagprofessionelle (se afsnit 4.4.1). Når jeg med denne analyse peger på, at tværprofessionelt samarbejde er præget af en række dilemmaer, skal det ikke forstås således, at alle norske og danske kommuner er præget af dilemmaer eller, at det er de samme dilemmaer. Dilemmaerne skal forstås som en udfordringsstruktur, der kommer forskelligt til udtryk i forskellige praksisser. Derfor er det heller ikke givet, at de fagprofessionelle i samme praksis oplever samme dilemmaer eller, at de oplever dem på samme måde. Det skyldes dels, at mennesker er forskellige, men mindst lige så vigtigt: at de fagprofessionelle indtager forskellige positioner i det tværprofessionelle samarbejde. Der viser sig også, at være adskillige problematikker forbundet med, at mange har en "løs" forbindelse til teamet, fordi de er vikarer eller deltidsansatte, som arbejder flere steder i kommunen.

#### **4.4.4 Opsummering**

I dette afsnit har jeg dykket ned i de fagprofessionelles perspektiver i den nye organisationsform. Det opleves at der er bred opbakning blandt de fagprofessionelle til idealet om tværprofessionelt samarbejde i team. Dog kan det tværprofessionelle samarbejde overskygge fordelene ved stærke monofaglige miljøer og kan evt. bidrage til faglig udvanding (Lehn-Christiansen, 2016). I det empiriske datamateriale erfares det at den tværprofessionelle teamorganisering skaber et monofagligt tab i nogen af kommunernes teams.

De udfordringer som kommunerne står overfor ændrer sig over tid, idet de netop er forankret i politiske styringsidealer. Idealerne kan også komme fra de fagprofessionelle selv i form af forventninger til egen og andres fagligheder og fra ønsket om faglig udvikling, fra forestillinger om, hvad god praksis er. Det betyder, at man ikke altid er bærer af de samme forståelser af tværprofessionelt samarbejde, selvom man er en del af samme praksis.

## 5. Diskussion

Kommunale ledere i den norske og danske ældreomsorg stilles overfor vanskelige udfordringer som følge af, at de bliver pålagt at tage sig af et stigende antal ældre, hvoraf stadig flere er syge – ofte med sammensatte lidelser. Efter flere årtier med NPM, der har bidraget til en opdeling og standardisering af tjenesterne, forsøger kommunerne nu at strække sig efter nye serviceidealer om integrerede og personcentrerede tjenester. Idealet indebærer kort fortalt, at medarbejdere fra forskellige faggrupper skal forenes i et helhedsbillede af borgerens situation. De kommunale ledere skal forsøge at udnytte den samlede tværprofessionelle kompetence for at skabe helhed og sammenhæng i omsorgstilbuddet til ældre. Det er komplekse udfordringer, som de kommunale ledere står overfor. Med et øget ansvar for syge ældre med behov for behandling og medicinsk hjælp, vil de også være mere afhængige af specialiseret kompetence (monofaglighed). Det er to modstridende ønsker, som de kommunale ledere i fremtiden skal forsøge at takle. På det politiske niveau er det dog det tværprofessionelle samarbejde som opfattes at være en løsning på en række af sundhedsvæsnets problemer (Lehn-Christiansen, 2016).

### 5.1 Man valgte en populær opskrift – team

Hensigten med masteropgaven var at undersøge, hvordan ideen om tværprofessionelt samarbejde blev oversat i praksis. Det er de kommunale leder som har hovedansvaret for at oversætte og tilpasse de nye serviceidealer til den allerede etablerede organisation. I den empiriske-analyse fremgår det, at kommunerne baserer sig på anbefalinger om tværprofessionelle teams – en organisationsform som i en lille grad bliver problematiseret.

Oversættelsen af det tværprofessionelle samarbejde i teams må nødvendigvis ske ud fra en kontekstforankret og deltagerbåret tilgang. Der findes ikke en one-size-fits-all-løsning. Opskrifterne og de gode svar må nødvendigvis udvikles i praksis, af eller sammen med de fagprofessionelle, der har den nødvendige indsigt i de komplekse sammenhænge, der altid er i spil i ethvert tværprofessionelt samarbejde. I lyset af tidligere forskning og teori ved jeg, at den ”gode oversætter” tilpasser oversættelsen så den passer i en konkret kontekst (Røvik, 2007).

Begge kommuner har valgt at kopiere en populær opskrift til trods for, at den tværprofessionelle praksis har mange former. Ledelsens visioner om den nye teamorganisering tyder på, at de havde et implicit håb om at høste nogle af de fordele, der er beskrevet, når teams diskuteres i idealistiske termer – som tæt integrerede enheder, hvor medlemmer samarbejder på fuld tid, baseret på fælles mål og med en klar rolleforståelse. Mange forskere har tidligere gjort opmærksom på, at denne form for teamorganisering anses for at være en form for "best practice" indenfor et tværprofessionelt samarbejde (Øvretveit et al 1997; Glasby & Dickinson 2008; Reves et al 2018).

Mine analyser viser, at det kan være problematisk at kopiere en standard ide uden at tage hensyn til at de særegne forudsætninger som denne organisationsform kræver. Organisationer er forskellige, og derfor kan det hænde, at den tværprofessionelle teamorganisering der giver mening i den ene organisation, ikke giver mening i den anden organisation. Øvretveit et al. (1997) argumenterer for, at teamorganiseringen er fornuftig under visse forudsætninger. Men der kan også forekomme situationer, hvor andre former for tværprofessionelt samarbejde er ønskelig. Alligevel etableres teams ofte med henblik på nye behov i befolkningen uden at foretage en grundig analyse først.

## **5.2 Forudsætningerne for et integreret team var ikke til stede**

I kommunernes interne dokumenter og hjemmesider dannes der et indtryk af, at borgerne bliver mødt af tværfaglige teams. Dog viser mine analyser, at forudsætningerne for en tæt integreret tværprofessionel teamorganisering var svært begrænset i medarbejdernes dagligdag. Med udgangspunkt i Wedlin og Sahlins (2017) begreb om redigering kan man sige, at ideen om et tæt integreret team havde gennemgået en redigeringsproces i den daglige praksis – noget som gjorde, at ideen havde ændret form og fokus.

Der findes forskellige definitioner på, hvad der kendetegner et team (se afsnit 2.3.1). Katzenbach og Smith (1993) lægger vægt på teamets ydeevne, når man definerer team i kontrast til gruppe. De mener, at teammedlemmer altid har et fælles mål, og at alle vil være gensidigt ansvarlige for resultater eller præstationer. En gruppe er derimod karakteriseret ved, at ansvaret for arbejde og resultater er individuelle. Mine analyser peger i retningen af, at de fleste af teamene fungerede mere som gruppe end som team. De var samlet om en

fælles vision om at understøtte ældre borgere med nedsat funktionsevne til at leve aktive og selvstændige liv. Samtidig blev den abstrakte vision konkretiseret til forskellige monofaglige mål i praksis. Dette var særlig tydelig i generalistteamene – det vil sige teamene som ligger nærmest den konventionelle hjemmepleje. Terapeuterne og plejepersonalet i disse teams betjener kun delvis en fælles population af borgere. Terapeuterne har i tillæg andre borgere udenfor ældreomsorgen (eks. yngre funktionshæmmede). Nogen af plejerne arbejdede med patienter, som kun havde behov for (monofaglig) sygepleje (eks. sårbehandling).

Assmann (2008) beskriver en skelnen mellem teams og grupper, i det grupper ofte er sammensat på baggrund af de forskellige medlemmers faglige viden. Det samme gør sig gældende for team, men Assmann (2008) tilføjer, at når et team skal sammensættes, lægges der vægt på "bløde færdigheder", som kommunikation. Hvis samarbejdet i teamet ikke fungerer, tilskrives det ofte manglende eller dårlig kommunikation. Kommunikation og deling af information er vigtig for interaktionen. Der er ingen grund til at betvivle, at dette også er tilfældet i ældreomsorgen. Imidlertid viser denne undersøgelse, at der også kan eksistere barrierer for samarbejde og kommunikation på et mere strukturelt niveau. Som det fremgår i den empiriske-analyse arbejder de fagprofessionelle i høj grad selvstændigt, i forskellige arbejdsrytmer og med forskellige borgergrupper i løbet af dagen. De starter arbejdet på forskellige tidpunkter og opholder sig på forskellige lokationer – plejerne arbejder i højt tempo, stort set udekørende og besøger mange forskellige hjem, mens terapeuterne veksler mellem nogen færre borgerbesøg og kontorarbejde i sine deres lokaler. At de arbejdede adskilt gjorde det vanskeligt at finde tid og rum til at integrere og samarbejde på tværs af professionerne. I lyset af betragtningerne til Øvretveit et al., (1997) er det nærliggende at beskrive disse teams som «under-ledet», da de fagprofessionelle brugte meget tid og energi på at bekymre sig om at etablere grænser omkring eget arbejde.

### **5.3 Hvad kan kommunale ledere lære?**

Denne masteropgave har fokuseret på organisering af tværprofessionel praksis i to kommuner og kan på den baggrund ikke danne fuld indsigt i en kompleks organisering. Kundskaben som kommer frem i masteropgaven kan alligevel belyse for de kommunale ledere, hvilke udfordringer en tværprofessionel praksis kan medføre, samt hvilke forudsætninger man må tage hensyn. Ældreomsorgen er underlagt generelle politiske

serviceidealer gennem love, forskrifter og reformer, men eftersom resurserne er knappe og de politiske serviceidealer er ambitiøse og tvetydige, er det som kommunal leder, nødvendigt at prioritere og reflektere mellem de mange hensyn (Øvretveit et al., 1997). Øvretveit et al. (1997) argumenterer for, at man skal være i stand til at skelne og beskrive forskellige former af teams, når man skal designe og implementere tværprofessionelt samarbejde, samt overveje hvilke ressourcer som er til rådighed. I en verden der bliver mere og mere kompleks og sammenflettet, hvor borgerne forventer og kræver mere af den offentlige sektor, vil forventningerne til samarbejdet mellem de fagprofessionelle kun stige. Uanset hvor og inden for hvilke rammer man giver sig i kast med tværprofessionelt samarbejde, vurderes det nødvendigt at foretage en kritisk refleksion over udfordringerne i tværprofessionelt samarbejde.

Som kommunal leder vil det være en god ide at inkludere en kritisk refleksion over de fælles mål, som den konkrete tværprofessionelle praksis udgår fra. Som kommunal leder eller fagprofessionel må man undersøge, hvilke fælles mål der er virksomme i den praksis, man agerer i (Lehn-Christiansen, 2016). Øvretveit et al. (1997) viser til at de fleste problematikker i tværprofessionelle teamorganisering kan forhindres ved nøje planlægning. Man kan blive klogere på dette ved at stille kritiske spørgsmål til formålet med det tværprofessionelle samarbejde. Handler en styrkelse af det tværprofessionelle samarbejde om at forbedre de services, man leverer – hvem ønsker dem forbedret og hvorfor? Er det mere borgerinddragelse der ønskes? Eller er det en særlig faglig kompetenceudvikling, der er det vigtigste output? Som masteropgavens empiriske-analyse har illustreret, vil svarene på disse spørgsmål formentligt ikke være hverken enkle eller entydige. Tværtimod vil de ofte være dilemmafyldte i den forstand, at en løsning på et problem ofte indebærer dannelsen af et nyt problem. Derfor må svarene undersøges grundig og konkret.

For en ledelse med ansvar for oversættelse af et ideal om tværprofessionelt samarbejde, vil en bevidsthed om dilemmaer gøre det aktuelt at foretage en kritisk vurdering af, hvilken slags organisationsform som ville passe. Er det virkelig det integrerede team som er det bedste i dette tilfælde? I det virkelige liv vil der findes flere former for tværprofessionel samarbejde, hvor medarbejdere med forskellige professioner samarbejder på en mere begrænsede måde. Det kan f.eks. være *netværkssamarbejde* (Øvretveit et al., 1997), hvor medarbejdere fra forskellige professioner bistår hinanden om en bestemt kategori af

borgere og/eller bidrager til en bestemt del af et sygdomsforløb. I et netværksteam er de fagprofessionelle organiseret i hver deres monofaglige tjeneste. Borgere henvises til hver professions service, og hver profession har sine egne politikker, prioriteter og procedurer. Medarbejderne kan bruge netværket til at arrangere arbejdet parallelt. Øvretveit et al. (1997) argumenterer for at jo mere de fagprofessionelle har til fælles, jo mere effektivt er det for dem at mødes regelmæssigt.

Øvretveit et al. (1997) hævder at de fleste udfordringer ved tværprofessionelt samarbejde i teams kan forhindres ved omhyggelig planlægning og ledelse. Ideelt set skal et team planlægges af en gruppe, der også planlægger det totale tjenesteapparat, som teamet er en del af. Som det blev beskrevet i analysen havde kommunerne valgt at opløse de tidligere monofaglige tjenesteforløb til at takle udfordringerne. Opløsningen af de monofaglige terapeutafdelinger i kommune NO er sket til trods for, at de, ifølge terapeuterne, fungerede godt inden den nye teamorganisering. I en omstillingssituation må lederne derfor altid være bevidst omkring, hvilke dilemmaer de står overfor. De skal ikke bare have øje for mulige fordele ved en omstilling, men de må også vurdere hvad man taber med en omstilling. Man må veje fordele og ulemper med det etablerede og det nye mod hinanden.

Kritisk refleksion må derfor også rette sig mod en overvejelse af – i dialog med andre fagprofessionelle og måske borgere – hvordan de forskellige mål kommer til udtryk og med hvilke effekter? Her er det vigtigt at huske på, at effekter kan være både (gode), ønskede effekter og ikke-ønskede eller decideret uønskede effekter (Lehn-Christiansen, 2016). Det er ikke sikkert, at alle involveret har samme oplevelse, og målet er ikke, at perspektiverne harmoniseres eller at beslutte, hvilken erfaring der er den mest rigtige. Tværtimod handler det om at undersøge forskelligheden i perspektiverne. I denne undersøgelse så vi et eksempel på en utilsigtet konsekvens i kommune NO som havde valgt en differenceret teamstruktur, hvor nogen teams var specialiseret mod bestemte borgerforløb, mens andre var generalister som tog sig af ”almindelig ældreomsorg”. Konsekvensen var, at de dygtigste fagprofessionelle søgte mod specialistteamene, mens generalistteamene blev siddende med færre fagfolk, mange vikarer, deltidsansatte og fik svækket sit faglige fundament, noget som igen førte til at grundlaget for teamorganiseringen blev yderligere svækket.

## 5.4 Konklusion

De kommunale ledere står overfor komplekse udfordringer, når de skal oversætte og tilpasse de politiske serviceidealer om integrerede og personcentrerede tjenester. Et vigtigt mål med denne masteropgave har været at belyse, hvilke udfordringer og forudsætninger de kommunale ledere i Norge og Danmark står overfor, når de skal oversætte en ide om tværprofessionelt samarbejde i ældreomsorgen. Baseret på undersøgelser fra en norsk og en dansk kommune har undersøgelsen vist, at kommunerne har lagt op til at samarbejdet skal foregå i tæt integrerede teams, men uden at forudsætningerne for en vellykket teamorganisering var til stede. Ligesom anden forskning viser analysen, at hvad der skulle fungere som tæt integrerede teams med fælles mål og identitet, i virkeligheden fungerede mere som grupper, hvor medlemmerne stort set arbejdede adskilt med forskellige monofaglige opgaver. Medarbejderne så fordelene ved at komme tættere på kolleger fra andre faggrupper, men oplevede samtidig, at betingelserne for monofaglig udvikling blev svækket.

Når de kommunale ledere skal oversætte politiske serviceidealer, bør de tænke på helheden i tjenesteapparatet og på, hvordan de skal balancere de økonomiske ressourcer mod det faglige arbejde. Ældreomsorgen i Norge og Danmark har stramme økonomiske rammer, derfor må de kommunale ledere veje fordelene og ulemperne ved nye organisationsformer. Som masteropgaven og tidligere forskning viser til, kan det se ud som om, at der er dannet en overtro på teamorganisering. Den tværprofessionelle teamorganisering kan overskygge fordelene ved stærke monofaglige miljøer, og det kan bidrage til en dilemmafyldt praksis. De kommunale ledere kan med fordel vurdere andre former for organisering af tværprofessionelt samarbejde. I et langsigtet perspektiv vil det også være relevant at tænke på, hvordan de kommunale ledere bedst kan sørge for, at medarbejderne oplever mulighed for at udvikle en faglig tryghed.



## Litteraturliste

- Antoft, R. & Salomonsen, H. (2007). *Håndværk og Horisonter – traditioner og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Assmann, R. (2008). Team og Teamarbeid. I R. Assmann (Red.), *Teamorganisering: Veien til mer fleksible organisasjoner* (s. 35-58). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative Metode – en grundbog*. København K: Gyldendal Akademisk.
- Czarniawska, B. & Joerges, B. (1996). Travels of ideas. I: B. Czarniawska & G. Sevón (Red.), *Translating Organizational Change* (s. 13-47). Berlin: Walter de Gruyter.
- de Vaus, D. (2001). *Research Design in Social Research*. SAGE Publications Ltd.
- Eisenhardt, K (1989). Building theories from Case Study Research, *The Academy of Management Review*, 14 (4):532-550
- Fuglsang, Bitsch Olsen, Rasborg (red.). 2018. *Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne*. 3. Udgave, 3. oplag. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Glasby, J. & Dickinson, H. (2008). Greater than the sum of our parts? Emerging lessons for UK health and social care. *International Journal of Integrated Care*, (8).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted –til rett tid. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. (St.meld. nr. 6, 2014-2015). Oslo: Departementet
- Højholdt, A. (2016). *Tværfagligt samarbejde i teori og praksis* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Katzenbach, J., & Smith, D. (1993). *The wisdom of teams: creating the high performance organization*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- Kvale, S. (2000). *Interview, en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview*. København K: Gyldendal Akademisk.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2005). KOMMUNALREFORMEN: Kort fortalt.
- Lehn-Christiansen, S. (2016). *Tværfagligt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. København: Munksgaard.

- Lapiente, V. & Van de Walle, S. (2020). The Effects of New Public Management on the Quality of Public Services. *Governance*, 33(3): 461-475
- Mintzberg, H. (1983). *Structures in Fives. Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H., & Swan, J. (2009). *Managing Knowledge Work and Innovation* (2.utg.). Basingstoke: Palgrave Macmillian
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3.utg.). London: SAGE.
- Reeves, S., Xyrichis, A. & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, (32).
- Røvik, Kjell-Arne. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. Århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sahlin, K. & Wedlin, L. (2008). Circulating Ideas: Imitation, Translation and Editing. I: Royston. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby & Kerstin. Sahlin (Red.), *The SAGE Handbook of organizational institutionalism* (s. 218-242). SAGE.
- Sevón, G. (1996). Organizational imitation in identity transformation, I: B. Czarniawska & G. Sevón (Red.), *Translating Organizational Change* (s. 49–67). Berlin: Walter de Gruyter.
- Serviceoven. (2015). Bekendtgørelse af lov om social service (LBK nr 150 af 16/02/2015).
- Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden Underlagsrapport till SOU2020:80 Äldreomsorgen under pandemin*. Stockholms universite.
- Tanggaard, T. (2004). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tolbert, P. S. and Zucker, Lynne G. (1983). Institutional sources of change in the formal structure of organizations: The diffusion of civil service reform, *Administrative Science Quarterly*, 28: 22 39.
- Troja, A. (2020). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis* (3. udg.). Gyldendal.
- Vabø, M. 2015 Changing welfare institutions as sites of contestation, in Engelstad, F. & Hagelund, A. (Red.) *Cooperation and Conflict the Nordic Way. Work Welfare and Institutional Change in Scandinavia.*, Berlin: de Gruyter Open.

Vabø, M., Drange, I. & N. Amble (2019). Den vanskelige deltidsknuten – en særnorsk utfordring som rammer unge helsefagarbeidere. *Fagbladet samfunn og økonomi*, (1-2), 6-22

Wedlin, L. & Sahlin, K. (2017). the imitation and translation of management ideas. I: R. Greenwood, C. Oliver, T. B. Lawrence & R. E. Meyer (Red.), *The sage handbook of organizational institutionalism*. SAGE Publications Ltd.

Westphal, J. D., Gulati, R. and Shortell, S. M. (1997) 'Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption', *Administrative Science Quarterly*, 42: 366–394.

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. World Health Organization

Øvretveit, J. (1997). Planning and Managing Interprofessional Working and Teams. I: J. Øvretveit, P. Mathias & T. Thompson (Red.), *Interprofessional Working for Health and Social Care*. London: Palgrave.