

UDFORDRINGER I DET TVÆRGÅ- ENDE SAMARBEJDE

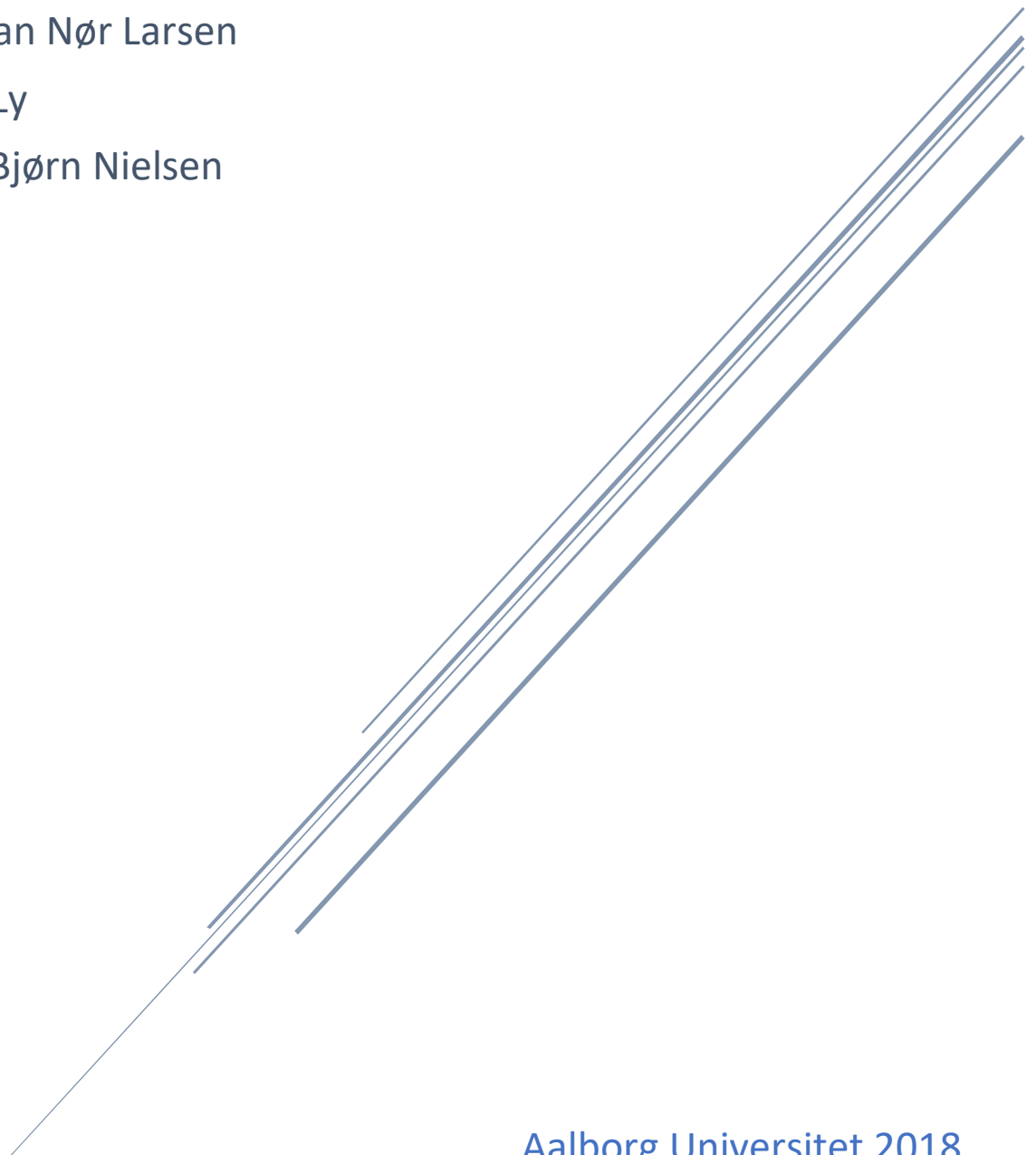
Et casestudie af rehabiliteringsindsatsen i Aalborg Kommunes Ældre- og Handicapforvaltning

Speciale af:

Christian Nør Larsen

David Ly

Jonas Bjørn Nielsen



Aalborg Universitet 2018
Skolen for Statskundskab, Politik og Administration

Abstract

As of 2015 all Danish municipalities were to introduce short-term and time-limited rehabilitation efforts to all citizens with impaired functioning, due to the introduction of section 83a of the Danish Service Act. The aim of these rehabilitation efforts is to improve the citizens' functionality and to reduce the need for personal assistance and care after section 83 of the Service Act. However, according to section 83 a in sub-section 2, these interventions are to be interdisciplinary as well as holistic. Therefore, municipalities are required to work regarding rehabilitation efforts. The growing intradisciplinary can however also induce challenges, which will be the subject of this Master's Thesis. The thesis wishes to illuminate how the departments in the intraorganizational rehabilitation efforts of elderly citizens in the Municipality of Aalborg work interdisciplinarily.

This Thesis is constructed as a single case study with subunits consisting of the departments. This structure results in an understanding of the intraorganizational interfaces across each department and how challenges may come to light. To examine this the approach has been to understand how organizational interfaces are perceived by the managers and employees in the departments 'Udskrivningsenheden', 'Afklaring og Forebyggelse' 'home nursing care' and 'home care'. This is done using the theoretical understandings of organizational interfaces by L. David Brown and relational coordination by Jody Hoffer Gittel.

In the exploration it has become eminent that the regulatory authority bodies (Udskrivningsenheden and Afklaring og Forebyggelse) struggle to collaborate with employees in home care and to a lesser degree home nursing care. The collaboration is challenged by lacking trust between the actors, which is enhanced by the organizational structures that enforces the actors to maintain demarcated organizational roles.

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT	1
INDHOLDSFORTEGNELSE	2
FORORD	5
1. INDLEDNING	6
2. PROBLEMFELT	7
2.1 HISTORISK UDVIKLING	7
2.2 HVAD ER REHABILITERING	9
2.3 PERSPEKTIVER I REHABILITERING	11
2.3.1 Økonomisk perspektiv	11
2.3.2 Borgerperspektiv	12
2.3.3 Medarbejdertilfredshed ved at arbejde med rehabilitering	13
2.4 PERSPEKTIVER I DET TVÆRORGANISATORISKE SAMARBEJDE	14
2.5 OPSAMLING	17
3. PROBLEMFORMULERING	18
4. CASEBESKRIVELSE	20
4.1 MYNDIGHEDSAFDELINGENS STRUKTUR	20
4.1.1 BUM-model	20
4.2 AKTØRERNE I REHABILITERINGSARBEJDET	20
4.2.1 Udskrivningskoordinatorer	21
4.2.2 Selvhjælpsterapeuter	21
4.2.3 Selvhjælpskoordinatorer	21
4.2.4 Hjemmesygeplejersker	22
4.2.5 Hjemmeplejere	22
4.2.6 Arbejdet med rehabilitering aktørerne imellem	23
4.3 PROJEKTINDSATSER	24
5. METODE	26
5.1 CASESTUDIE	26
5.1.1 Subunits	28
5.1.2 Kritiske overvejelser ved case	29
5.2 KVALITATIV METODE	31
5.2.1 Interview	31

5.2.2	<i>Fokusgruppeinterviews</i>	32
5.2.3	<i>Informantinterview</i>	33
5.2.4	<i>Interviewguide</i>	34
5.2.5	<i>Adgang til feltet</i>	34
5.3	FÆNOMENOLOGI	37
5.4	EFTERRATIONALISERING	40
5.4.1	<i>Reliabilitet</i>	40
5.4.2	<i>Validitet</i>	41
5.4.3	<i>Generalisering</i>	43
6.	TEORI	45
6.1	GRÆNSEFLADER	45
6.1.1	<i>Forudsætning for grænseflader</i>	45
6.1.2	<i>Konflikt</i>	46
6.1.3	<i>Under- og overorganisering</i>	48
6.1.4	<i>Grænsefladekonflikter</i>	49
6.2	RELATIONEL KOORDINERING	54
6.2.1	<i>De tre relationelle dimensioner</i>	55
6.2.2	<i>De fire kommunikative dimensioner</i>	56
6.2.3	<i>Hvad udfordrer relationel koordinering</i>	58
6.3	TEORIOPERATIONALISERING	59
6.3.1	<i>Gensidig respekt</i>	60
6.3.2	<i>Fælles mål</i>	61
6.3.3	<i>Fælles viden</i>	61
6.3.4	<i>Kommunikation</i>	62
7.	ANALYSE	63
7.1	GENSIDIG RESPEKT	63
7.1.1	<i>Gensidig respekt ved faglig sparring</i>	67
7.1.2	<i>Gensidig respekt grundet faglig udvikling</i>	69
7.1.3	<i>Konkurrenter</i>	71
7.1.4	<i>Gensidig respekt i forståelsen af hinandens arbejdsrammer</i>	73
7.1.5	<i>Tillid og forståelse for de respektive fagligheder</i>	75
7.1.6	<i>Opsummering Gensidig respekt</i>	77
7.2	FÆLLES MÅL	78
7.2.1	<i>Aktørernes egne mål</i>	78
7.2.2	<i>Aktørernes opfattelse af samarbejdspartneres mål</i>	80

7.2.3	Opsummering Fælles mål.....	86
7.3	FÆLLES VIDEN.....	86
7.3.1	Fælles viden gennem erfaring.....	89
7.3.2	Fælles viden er grundlaget for god forberedelse af rehabiliteringsindsats.....	96
7.3.3	Fælles viden som modtages eller videregives mellem kollegaer eller samarbejdspartnere	100
7.3.4	Manglende viden om samarbejdspartnere.....	103
7.3.5	Opsummering Fælles viden.....	103
7.4	KOMMUNIKATION	104
7.4.1	Hvordan der kommunikeres aktørerne imellem	105
7.4.2	Mange aktører og lange kommunikationsveje	105
7.4.3	Dialogen gennem adviser i Care	107
7.4.4	Den direkte kontakt mellem faggrupper.....	112
7.4.5	Telefon- og åbningstider som udfordring for den direkte kommunikation.....	115
7.4.6	Personlige relationers betydning for den direkte kommunikation.....	116
7.4.7	Opsummering Kommunikation	117
8.	DISKUSSION.....	119
8.1	BUM-STRUKTUR.....	119
8.2	FRTVALG	121
9.	KONKLUSION	123
10.	LITTERATUR.....	125

Forord

I vores undersøgelse af tværgående samarbejdsudfordringer har vi selv erfaret, hvor vigtigt et godt samarbejde er for resultatet af dette speciale. Der skal derfor lyde, stor tak til Afklaring og Forebyggelse og herunder en ekstra stor tak til Udviklingskonsulent Signe Johannesen for at stille sin viden til rådighed, og for at bistå med kontakten til de respektive undersøgte afdelinger. Dette speciale har ved jeres hjælp fået en praksisindsigt, ud over det sædvanlige, eksempelvis ved jeres venlighed til at lade os få indsigt i jeres arbejdsgange. Der skal endvidere lyde en stor tak til ledere og medarbejdere hos Udskrivningsenheden, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen for at afsætte tid af og stille sig til rådighed for interviews. Endelig skal der lyde en særlig tak til Tilde Marie Bertelsen for konstruktiv og kyndig vejledning gennem specielearbejdet. Foruden Tildes overordentlig god indsigt i feltet, har vi værdsat at der har været plads til et smil undervejs i vejledningen.

1. Indledning

Når en funktionsnedsat ældre borger i dag ønsker at søge hjælp efter servicelovens § 83, skal borgeren i første omgang visiteres efter servicelovens § 83 a, for at vurdere om vedkommende er egnet til et korterevarende og tidsbegrænset rehabiliteringsforløb.

Med indførelsen af servicelovens § 83, 1. januar 2015, er det blevet lovbestemt, at kommunerne skal tilbyde rehabilitering til borgere, der har potentiale for at øge deres funktionsevne. Rehabiliteringsindsatsen i kommunen fordrer et øget samarbejde på tværs af faggrupper og afdelinger, men tilegnelsen af et godt samarbejde møder ofte udfordringer i praksis.

I Aalborg Kommune er der arbejdet med rehabiliterende indsatser siden 2012. Her er der arbejdet med forskellige rehabiliterende projekter, hvor kommunen har forsøgt at styrke rehabiliteringsindsatsen for borgerne, samt forbedre det organisatoriske samarbejde på tværs af afdelingerne i Ældre- og Handicapforvaltningen. Netop dette perspektiv er specialets omdrejningspunkt. Specialet ønsker at undersøge, hvilke samarbejdsudfordringer der er tilstedeværende, samt hvordan disse kan forklares. Undersøgelsen vil tage udgangspunkt i specialets problemformulering: *Hvilke udfordringer opleves i det tværgående arbejde med rehabilitering af ældre, og hvordan kan de forklares?*

For at undersøge samarbejdsudfordringer er specialets empiri baseret på interviews med medarbejdere og ledere for henholdsvis de to myndighedsaktører Udskrivningsenheden og Afklaring & Forebyggelse samt hjemmesygeplejen og hjemmeplejen. Udgangspunktet er at udlede, hvordan medarbejdere og ledere hos de forskellige afdelinger oplever samarbejdsudfordringer med hinanden i den tværgående rehabiliteringsindsats. Endvidere benyttes de teoretiske begreber om grænseflader og relationel koordinering til at forklare medarbejdere og lederes oplevelser.

2. Problemfelt

2.1 Historisk udvikling

Den danske befolkning bliver stadig ældre (Christensen, Jensen, Ekholm, Davidsen & Juel 2016:1). I 2018 var 19 procent af den danske befolkning over 65 år, og ifølge Danmarks Statistik vil denne udvikling fortsætte, således at 25 procent af den danske befolkning i 2040 vil være over 65 år gamle (Danmarks Statistik u.d.). Denne befolkningsudvikling skyldes en øget levealder samt små fødselsårge (Christensen et al. 2016:1).

Denne udvikling var en af årsagerne til, at udgifterne til det danske sundhedsvæsen steg med 25 procent fra 2000 til 2015, målt på andelen af strukturelt BNP (Kirk 2016:2). I samme periode har der ellers været et politisk fokus på at holde de offentlige omkostninger nede, hvilket synes at lykkes i alle andre sektorer end sundhedssektoren (Kirk 2016:2-4). Når udgifter til sundhedssektoren ikke medregnes, udgjorde det offentlige forbrug 18,1 procent af BNP i år 2000, mens det tilsvarende udgjorde 17,8 procent af BNP i 2015 (Kirk 2016:2).

Sundhedssystemet skal kunne håndtere et stigende antal ældre. Denne borgergruppe er ressource-tung, idet ældre borgere har mere komplekse samt flere sygdomme. Dette medfører højere omkostninger til sundhedsvæsenet. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at cirka halvdelen af udgifterne til sygehusbehandlinger anvendes på borgere over 65 år. Endvidere kan det erfares, at patienter over 70 år gennemsnitligt har kontakt med sygehuset angående 2-3 forskellige sygdomme årligt (Jørgensen 2015:10).

For at sundhedsvæsenet følger med tiden og løbende udvikler sig i takt med teknologi og viden, har der gennem tiden været skiftende fokus. I de senere år har der været et nationalt fokus på at arbejde rehabiliterende. Dette kan blandt andet ses ved, at Folketingets partier i 2011 havde fokus på hverdagsrehabiliteringer på ældreområdet. Satspuljepartierne afsatte i satspuljeaftalen for 2012-2015 blandt andet 20 mio. kr. til *Kvalificering, dokumentation og udbredelse af en hverdagsrehabiliteringsmetode på ældreområdet*. Konkret står der i aftaleteksten, at:

"Satspuljepartierne er enige om at afsætte 20 mio. kr. over to år til et initiativ, der har til formål at skabe et grundlag for, at hverdagsrehabiliteringsmetoden så vidt muligt udbredes i alle landets kommuner, for derigennem at bevirke, at

ældre borgere bliver mere selvhjulpne og opnår større tilfredshed, selvstændighed og øget livskvalitet" (Social- og Integrationsministeriet 2011).

Rehabiliteringsarbejdet kræver samarbejde på tværs af sektorer mellem sygehus, almen praksis og kommune (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011:6). Det er dog ikke noget nyt, at man inden for sundhedsområdet forsøger at forbedre tværsektorielt samarbejde. Siden Strukturreformen i 1970 har det danske sundhedsområde gennemgået en lang række reformer. Disse har blandt andet haft fokus på at styrke samarbejdet på tværs af de respektive sektorer gennem øget integration og sammenspil (Seemann og Gustafsson 2016:54).

Det styrkede fokus på samarbejde i sundhedsvæsenet blev som nævnt igangsat og italesat i Strukturreformen 1970, hvor den offentlige debat gik på, at man skulle se patienten holistisk og ikke sætte grænser mellem fagligheder. Dog er debatten og forsøget på at nå til et stadie, hvor der er fokus på patienten frem for sektorer stadig højaktuel i dag (Seemann og Gustafsson 2016:55). At varetage patienten holistisk skaber endvidere i den nutidige kontekst et behov for at forskellige faggrupper danner tværgående samarbejde. Dette ses eksempelvis ved rehabiliteringsindsatser, hvor fokus ikke er på enkelte faggruppes individuelle behandling og mål. I stedet er fokus at fremme en fælles mål-sætning på tværs af faggrupper om at gøre patienterne mere selvhjulpne.

Seemann og Gustafsson udleder fem faktorer, som ligger bag de vedvarende koordineringsudfordringer i sundhedsvæsenet; kompleksitet, organisering, professioners kultur, ledelse og økonomi (Seemann og Gustafsson 2016:60-62). Konklusionen bliver, at tværorganisatorisk samarbejde afhænger af tillid mellem de involverede parter. Vi arbejder sammen med dem, vi har tillid til, og vi har udfordringer med at arbejde sammen med dem, vi ikke stoler på. Derfor er det afgørende, at der skabes samarbejdskulturer, der binder det tværorganisatoriske samarbejde sammen, hvorved fragmenteret sundhedspleje og siloer undgås (Seemann og Gustafsson 2016:66). deres udledning giver en god indsigt i de udfordringer, der er forsøgt løst gennem snart et halvt århundredes reformer, og at udfordringen især har været samarbejdet på tværs, der er afhængigt af gensidig tillid. Reformerne har dog ikke indtil videre kunnet skabe et integreret sundhedssystem (Seemann og Gustafsson 2016:54)

De nyere samtidstendenser er udtryk for et ønske om at styrke samarbejdet på tværs med fokus på rehabilitering. Socialstyrelsen udgiver i 2014 en rapport med inspiration til kommunerne, der

kommer på baggrund af Hjemmehjælpskommissionens rapport fra 2013 (Hjemmehjælpskommissionen 2013). Socialstyrelsen udleder i denne rapport otte grundprincipper, som er anbefalet af kommissionen (Socialstyrelsen 2014:6). Med de otte grundprincipper følger der konkrete anbefalinger til, hvordan rehabiliteringsindsatser kan etableres og tilrettelægges systematisk og målrettet borgerne. Eksempelvis indgår det i Socialstyrelsens rapport, at rehabiliteringsforløbet forudsætter et tværfagligt og tværorganisatorisk samarbejde. Det er dog vigtigt at fastholde, at det er borgerens behov, der afgør graden af det tværfaglige og tværorganisatoriske samarbejde. Det er således borgerens personlige rehabiliteringsmål, der fungerer som fælles mål, og skal koordinere og lede indsatser på tværs af faggrupper og organisationer. For at sikre den effektive indsats kan der eksempelvis udpeges en forløbsansvarlig fagperson for hver rehabiliteringsindsats. Vedkommende er tovholder for forløbet og skal ud fra borgerens interesser koordinere inddragelsen af forskellige faggrupper, enheder og sektorer (Socialstyrelsen 2014).

Sundhedsstyrelsen udgiver i 2016 *Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service*, der bidrager med forslag til, hvordan kommunerne effektivt kan implementere rehabilitering på ældreområdet. Håndbogen udleder blandt andet konkrete forslag med beskrivelser til, hvordan rehabiliteringsforløbet kan iværksættes i fem faser. Endvidere foreligger der overvejelser til implementeringen af de nødvendige rehabiliteringsindsatser. Blandt andet fremgår der heraf udvalgte redskaber, som kan anvendes til brug ved udredning, systematisk journalisering, monitoring af borgerens udvikling og fremskridt i rehabiliteringsforløbet (Sundhedsstyrelsen 2016).

2.2 Hvad er rehabilitering

Pr. 1. januar 2015 kom der et nyt lovkrav med § 83 a i lov om social service. Med det nye lovkrav skal kommunerne indføre rehabilitering for borgere med en nedsat funktionsnedsættelse, forudsat, at rehabiliteringsforløbet kan forbedre borgerens funktionsniveau fremadrettet. Der står endvidere i servicelovens § 83 a, at det skal nedsætte behovet for hjælp efter servicelovens § 83.

Betydningen af indførslen af det nye lovkrav har først og fremmest et formål med at hjælpe borgere med nedsat funktionsevne til at blive selvhjulpne. Et andet perspektiv, der også kan udledes, er, at det kan føre til en sænkning af borgeres normerede tid til pleje og omsorg efter servicelovens § 83. Det har den betydning, at borgere med det nye lovkrav før visitationen til § 83 skal have en individuel

vurdering af, hvorvidt et rehabiliteringsforløb kan styrke borgerens nedsatte funktionsevne og således i videst muligt omfang genhverve tidligere funktionsniveau.

Rehabiliteringsforløbene stiller fokus på at have borgerne i centrum (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011:36). Det har den betydning, at det er borgerne selv, som bestemmer, hvordan forløbene udvikler sig, og i hvilken hastighed udviklingen skal ske. For kommunerne medfører lovkravet et behov for en række nye arbejds- og samarbejdstilgange på tværs af faggrupper og organisationer, hvor det er nødvendigt at koordinere arbejdet efter borgerens behov og med mindst muligt resourcespild (Brown 1983:226).

Begrebet rehabilitering bruges bredt og defineres forskelligt afhængigt af sammenhæng, hvorfor begrebet kan have forskellig fokus og indhold. I den henseende er rehabilitering i en dansk kontekst defineret og udledt af to anvendte definitioner, som Sundhedsstyrelsen arbejder med, og som specialet også vil lægge sig op ad (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011:6). Definitionerne er ikke modstridende, men begge er nødvendige for at forstå rehabiliteringsbegrebet. Den første delforståelse af rehabilitering bygger på WHO's internationale definition, som her er oversat:

"Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse". (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011:6)

Den anden del af Sundhedsstyrelsens forståelse af rehabilitering, bygger på Rehabiliteringsforum Danmarks definition:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende

og vidensbaseret indsats". (MarselisborgCentret 2004:4 i Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011:6)

Som det kan ses, viser definitionerne ikke eksplicit en afgrænsning af rehabilitering og giver ikke nogen nærmere informationer om indsatsmetoder eller processer, som er relateret til et rehabiliteringsforløb. Til gengæld kan det siges, at rehabilitering sigter mod at få borgere til at generhverve tidligere funktionsniveau. Derfor skal rehabilitering bidrage med at styrke funktionsevnen, understøtte borgerens ressourcer samt personlige autonomi (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011:6).

2.3 Perspektiver i rehabilitering

I det følgende afsnit vil rehabiliteringens indvirkning blive belyst ud fra tre perspektiver: Et økonomisk perspektiv, borgerperspektiv og medarbejderperspektiv. Først vil de økonomiske perspektiver blive afdækket. Dette vil blive gjort ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv, hvor de økonomiske effekter vil blive vurderet ud fra, hvorvidt rehabilitering kan betale sig økonomisk for kommunerne.

Borgerperspektivet vil belyse borgernes tilfredshed med rehabiliteringsindsatsen. Det vil her blive undersøgt, hvilken betydning rehabilitering har på eksempelvis borgernes funktionsniveau, livsglæde, autonomi og uafhængighed.

Det sidste perspektiv afdækker, hvilken indflydelse arbejdet med rehabilitering har med medarbejdernes tilfredshed. Dette kan have betydning for medarbejdernes faglige tilfredshed og for de organisationer, hvori medarbejderne er beskæftiget.

2.3.1 Økonomisk perspektiv

Som nævnt i forrige afsnit er demografien under forandring. Den ældre del af befolkningen udgør en større del af samfundet, hvilket medvirker til stigende udgifterne i sundhedsvæsenet. Dette skaber et behov for nye og bedre behandlingsmuligheder (Regeringen 2016:31). En af disse behandlingsindsatser er rehabilitering. Rehabilitering kræver en tidlig og større indsats, men giver færre indlæggelser på sigt og dermed langsigtede besparelser (Vinge, Buch, Kjellberg, Kjellberg, Rasmussen & Wiuff 2011:18).

Effekterne af rehabiliteringsindsatser er blevet undersøgt i flere danske kommuner. Den første danske kommune, der forsøgte sig med rehabiliteringsindsatser for ældre borgere, var Fredericia Kommune, som i 2008 lavede et målrettet arbejde med hverdagsrehabilitering. Projektet havde som

formål at sætte fokus på den rehabiliterende indsats i plejen samt understøtte ældre borgere i at varetage deres eget liv længst muligt. Indsatsen hos Fredericia Kommune har været kendetegnet ved, at kommunen træder til, når borgere bliver udskrevet fra hospitalet og har brug for hjemme-hjælp (FOA u.d.).

Efterfølgende evalueringer viste, at rehabiliteringsindsatsen i kommunens arbejde har indbragt en årlig besparelse i omegnen af 13 millioner kroner, svarende til en besparelse på knap 14 procent per borger, der er tilknyttet hjemmeplejen (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg 2011:7).

Blandt andet er der foretaget en gennemgang af 24 danske undersøgelser af rehabilitering, hvoraf seks studier undersøgte det økonomiske forbrug. Fem ud af seks studier kunne fremvise en reduktion af ydelsesforbruget efter rehabiliteringsindsatsen. Det fremhæves, at det er muligt at reducere økonomiske omkostninger forbundet ved rehabilitering (Sundhedsstyrelsen 2017:3).

Rehabiliteringsindsatser skal ikke blot ses i den forstand, at forløbene sparer tid og penge for kommunerne. Som tidligere nævnt er borgeren den centrale aktør i rehabiliteringsforløbet. Følgende afsnit vil derfor belyse borgernes oplevelser med rehabiliteringsforløb i forskellige kommuner.

2.3.2 Borgerperspektiv

Rehabiliteringen er ikke kun positivt ud fra et samfundsøkonomisk synspunkt. Forløbene er også en måde at sikre borgerne autonomi ved at arbejde hen imod, at de på sigt kan blive selvhjulpne. (Sundhedsstyrelsen 2011:6). Resultater viser, at rehabiliteringsforløb kan give positive oplevelser og erfaringer for den ældre borger. Det kan blandt andet skyldes, at borgerne bliver en central aktør under rehabiliteringsforløbene (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011:36).

Mange ældre borgere har et ønske om at være uafhængige af hjælp fra andre - og i særdeleshed fra det offentlige. Forventningen om at blive uafhængig fremstår tydeligst hos de borgere, som ikke tidligere har modtaget hjemmehjælp (Hansen 2015:10). Det er derudover påvist, at der især blandt ældre er store udsving i deres egen opfattelse af deres fysiske kapacitet (WHO 2015:7). Samtidig er der evidens for, at ældre borgere, der har en aktiv tilværelse, har behov for langt mindre pleje end de borgere, som ikke yder vedvarende fysisk aktivitet (WHO 2015:7). At have ekstra fokus på ældres fysiske aktivitetsniveau gennem rehabiliterende indsatser, har således stor samfundsmæssig relevans. Både fordi funktionsevnen og den fysiske kapacitet er vigtig, når det handler om at mindske

ældres pleje- og behandlingsomkostninger, men også i socialt og psykisk øjemed kan medføre en større livsglæde for de ældre (WHO 2015:7).

Hos Syddjurs Kommune og Slagelse Kommune har de gjort sig positive erfaringer med rehabiliteringen for de ældre. Evalueringen af deres rehabiliteringsindsatser viser, at 72 procent af borgerne har opnået deres mål med rehabiliteringsforløbet (Lauritzen, Bjerre, Graff, Rostgaard, Casier & Fridberg 2017:75). I Fredericia Kommune har erfaringerne med rehabilitering også været positive blandt borgerne. Blandt andet er borgernes livskvalitet steget for borgere, som har været igennem rehabiliteringsforløbet (Kjellberg 2010:39).

Et studie blandt en række kommuner viser, at 60 procent af borgerne oplever, at deres livskvalitet er forbedret som følge af rehabiliteringsforløbet. Der er endvidere opgjort, at 8 ud af 9 borgere har oplevet at blive inddraget og lyttet til undervejs af medarbejdere i rehabiliteringsforløbet (Rambøll 2017:32). På trods af at flere borgere har været utilfredse med dele af rehabiliteringsforløbet, har 90 procent af borgerne overordnet været glade for forløbene. En majoritet af disse borgere vil anbefale selvsamme forløb til andre i samme situation. Kritikken, som flest borgere fremhæver, er, at der kommer mange forskellige personer i hjemmet (Rambøll 2017:33). Det kan være forvirrende for den ældre, som kan have svært ved at kende forskel på forskellige faggrupper. Endvidere kan det være udfordrende for borgere at fortælle deres historie på ny, hver gang der kommer en ny person i hjemmet.

2.3.3 Medarbejdertilfredshed ved at arbejde med rehabilitering

Ved indførslen af servicelovens § 83 a i 2015 blev det lovbestemt, at alle kommuner skal visitere borgere med henblik på at tilbyde individuelle rehabiliteringsforløb, hvis det formodes at kunne forbedre borgerens funktionsevne. Således er en større andel af de kommunale medarbejdere begyndt at arbejde rehabiliterende med borgere én eller flere gange om dagen (Rostgaard & Matthiassen 2016:17).

Der kan påvises en positiv sammenhæng mellem hyppigt at arbejde rehabiliterende og medarbejdernes oplevelse af deres arbejdsforhold. Medarbejderne oplever at kunne yde borgere en bedre omsorg med rehabiliteringsforløb (Rostgaard & Matthiassen 2016:5). Rehabiliteringen forudsætter, at medarbejdere arbejder sammen om borgeren, snarere end at medarbejdere udelukkende har fokus på sin egen opgaveløsning. Undersøgelser af rehabiliteringsindsatser viser, at medarbejdere,

der arbejder med hverdagsrehabilitering, opnår en større faglig tilfredsstillelse (Kjellberg et al. 2011:39). Disse medarbejdere føler også, at de har adgang til videreuddannelse, teammøder med nærmeste chef og får støtte fra denne (Rostgaard & Matthiassen 2016:12-13). Rehabiliteringsarbejdet er derfor meningsfuldt for medarbejderne. Det påvises desuden, at medarbejderne i mindre grad overvejer at sige op, fordi rehabilitering generelt set synes at være en positiv oplevelse for medarbejderne (Rostgaard & Matthiassen 2016:16). Dette er særligt relevant, da kommunerne i forvejen har mangel på arbejdskraft indenfor ældreområdet (Jakobsen 2017, KL 2017:4), samtidig med at der kan observeres et fald i tilgangen på blandt andet social- og sundhedsuddannelserne (KL 2017:21).

Således er rehabilitering mellem afdelinger og faggrupper ikke blot med til at øge medarbejdernes tilfredshed i deres arbejdsforhold, men kan også skabe gode resultater for borgernes rehabiliteringsindsatser. Det kan dog ikke forventes at blive uproblematisk at øge samarbejdsprocesserne på tværs af organisationer og fagprofessioner. Brown udleder blandt andet, at når der er samarbejde mellem organisationer, kan der opstå konflikter mellem organisationer og faggrupper. Ofte skabes der konflikt, når medarbejdere skal arbejde sammen i grænseflader (Brown 1983:226). Dette kan blandt andet løses ved at skabe bedre rammer og betingelser for samarbejde mellem faggrupper og organisationer. De tværorganisatoriske perspektiver og problemstillinger vil i det følgende afsnit blive udfoldet.

2.4 Perspektiver i det tværorganisatoriske samarbejde

Samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer har i de seneste år opnået et stadigt stigende fokus i særligt sundhedssektoren (WHO 2017:7, Sundheds- og Ældreministeriet 2017:3). Man har således hidtil i Danmark, såvel som i udlandet, været påvirket af silotænkning, dårligt samarbejde og uenigheder omkring ansvarsområder og ansvarsfordeling på tværs i det sundhedsfaglige arbejde (Seemann og Gustafsson 2016:49). Dette er også noget, man på statsligt niveau er blevet opmærksom på, idet man ønsker et kulturskifte, hvor det tværgående samarbejde kommer i fokus (Sundheds- og Ældreministeriet 2017:41). Dette skal blandt andet ses i lyset af, at behandlingsforløbene bliver stadigt mere komplekse, blandt andet på grund af en stigning i andelen af kroniske sygdomme og derved flere multisyge (Sundheds- og Ældreministeriet 2017:3). Denne øgede kompleksitet ses også i arbejdet med rehabilitering. Det er således på baggrund af ovennævnte problemstillinger, at WHO på verdensplan har haft særlig fokus på netop at anbefale, at det tværfaglige

samarbejde forbedres i blandt andet rehabiliteringsindsatser (WHO 2017:14). Formålet med at øge samarbejdet er at gøre det muligt at kombinere flere forskellige fagligheder i indsatsen og dermed tilbyde en mere helhedsorienteret indsats. WHO refererer til, hvordan flere undersøgelser viser, hvorledes tværfaglighed i rehabiliteringsindsatsen af ældre har positive effekter ved at forbedre patienternes funktionsniveau samt daglige liv. Derudover formindsker rehabiliteringsindsatserne antallet af indlæggelser på plejehjem samt dødelighed (WHO 2017:14). Således giver WHO blandt en klar anbefaling til, at fokus på tværfagligt samarbejde øges samt konkluderer, at der er en høj forskningsmæssig evidens for de positive effekter heraf (WHO 2017:15).

I Danmark har man på tværs af kommunerne gjort sig mange erfaringer med tværorganisatorisk samarbejde i det rehabiliterende arbejde. En kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet har påvist at 92 kommuner har haft sammenlagt 95 forskellige modeller for rehabiliteringsindsatser (Kjellberg, Hauge-Helgestad, Madsen & Rasmussen 2013:5). Der er derved mange modeller for, hvordan rehabiliteringsindsatser kan organiseres og hvilke udfordringer den tværgående organisering medfører. I det følgende afdækkes eksempler på, hvordan disse samarbejdsudfordringer kan komme til udtryk med udgangspunkt i forskellige kommuners erfaringer med rehabiliteringsarbejdet.

Som tidligere nævnt blev de første kommunale erfaringer med rehabilitering gjort i 2008 i Fredericia Kommune. Her foregik det rehabiliterende samarbejde mellem visitatorer, ergo- og fysioterapeuter, hjemmesygeplejersker, hjemmeplejere samt distriktsledere. Erfaringerne fra denne indsats var, at man særligt fra ledelsesmæssig side skulle være dygtig til at koordinere og formidle indsatser på grund af arbejdets tværorganisatoriske karakter (Kjellberg et al. 2011:37). Særligt i hjemmeplejen var der udfordringer, da den tidligere organisering, hvor forskellige medarbejdere kom ud til borgeren, besværliggjorde processen. For at rehabilitering kunne fungere i praksis, var det nødvendigt, at det var de samme hjemmeplejere, der kom ud til borgerne, da disse således kunne sparre med den forløbsansvarlige terapeut om forløbet (Kjellberg et al. 2011:37).

Et andet skel, der opleves i arbejdet med rehabilitering, er skellet mellem hjemmehjælpere, som har gennemført en uddannelse i rehabilitering, de såkaldte *hjemmetrænere* i forhold til hjemmehjælpere, der udelukkende yder kompenserende hjemmepleje. Der ses således en tendens til, at de hjemmehjælpere, som ikke yder rehabilitering, i højere grad ønsker aktivt at hjælpe borgeren i form

af direkte omsorg. Dette er dog ikke nødvendigvis fremmende for den selvhjulpenhed, som borgeren har generhvervet (Rostgaard og Graff 2016:11). Der kan dermed eksistere *wicked problems* i rehabiliteringsarbejdet, da forskellige aktører ser forskellige løsninger på, hvordan hjælpen ydes bedst muligt for borgerne.

I Middelfart Kommune og Svendborg Kommune har de erfaret, at nogle faggrupper har lettere ved arbejde sammen end andre. Særligt har hjemmehjælpere og terapeuterne formået at indgå i et godt fagligt fællesskab, idet hjemmehjælpere har kunnet trække på terapeuternes faglighed i det rehabiliterende arbejde, de udfører i praksis (Rostgaard og Graff 2016:9). Desuden har indførelsen af rehabilitering opbygget en større tillid til udførende medarbejdere, end det tidligere var tilfældet. Der er således på et helt generelt plan kommet en større tillid på tværs af faggrupper i det rehabiliterende arbejde i de to kommuner, blandt andet på baggrund af flere tværfaglige møder, der har medført løbende faglig læring og ideudveksling. Samme erfaring er blevet gjort i undersøgelser af Syddjurs Kommune og Slagelse Kommune, som også udleder, at samarbejdet mellem terapeuter og hjemmehjælpere fungerede godt (Lauritzen et al. 2017:178).

En rapport om Middelfart Kommune og Svendborg Kommune belyste desuden, at særligt sygeplejerskerne har haft svært ved at indgå i det tværfaglige samarbejde. Ifølge rapporten skyldes dette til dels, at sygeplejerskerne fastholdes organisatorisk i samme rolle, som før rehabilitering blev indført, hvilket i mindre grad giver mulighed for at indgå i den tværfaglige indsats. Også i Syddjurs Kommune og Slagelse oplevede man udfordringer i samarbejdet med sygeplejerskerne. Ledere og medarbejdere i rehabiliteringen oplevede, at det generelt har været udfordrende at etablere et samarbejde med sygeplejerskerne, selvom samarbejdet dog blev styrket undervejs i forløbet (Lauritzen et al. 2017:178). Derudover kunne det konkluderes, at sygeplejerskerne ikke syntes at passe i rollen som forløbsansvarlig (Lauritzen et al. 2017:177).

I et andet studie fra 2017 er sygeplejerskernes rolle i rehabiliteringsforløb ligeledes undersøgt. Det synes at være en vedvarende udfordring for kommunerne at integrere sygeplejerskerne i rehabilitering (Kjellberg & Graff 2017:21). Det kan skyldes, at sygeplejerskernes roller og funktioner ikke stemmer overens med den faglighed, som er nødvendig i rehabiliteringsforløbet. Generelt fremstår sygeplejerskerne som uundværlige samarbejdspartnere i hjemmeplejen, mens der i rehabilitering ofte, men ikke altid, kan være behov for den sygeplejefaglige vurdering eller indsats (Kjellberg &

Graff 2017:16). Oplevelsen i kommunerne er, at det stadig er svært at implementere et projekt om rehabilitering, der er drevet af social- og sundhedsmedarbejdere og terapeuter, hvor sygeplejersker indgår som sparringspartnere. Dette skal ses i lyset af, at sygeplejerskerne gerne vil bidrage i konkrete borgerløb, hvor det ikke forventes af dem, at de skal bruge terapeutfaglige udviklingsredskaber og/eller lave ADL-træning¹ (Kjellberg & Graff 2017:23). I stedet skal arbejdet være med udgangspunkt i sygeplejefaglighed. Borgere, der modtager rehabilitering efter servicelovens § 83 a, vil ofte have et behov for en mono- eller tværfaglig indsats af social- og sundhedsmedarbejdere og/eller terapeuter. Derfor skal der findes løsninger, som tilgodeser sygeplejerskernes arbejde og inddrager dem i det omfang, hvor der er behov for en sygeplejefaglig vurdering og indsats. Det kræver, at de forskellige faggrupper kan afgøre, hvornår der er behov for en sygeplejefaglig vurdering, hvilket nødvendiggør tværfaglige (u)formelle møder eller sparring, men hvor det ikke altid er nødvendigt med en sygeplejerskes tilstedeværelse (Kjellberg & Graff 2017:23).

2.5 Opsamling

I ovenstående problemfelt er det blevet beskrevet, hvordan rehabiliteringsindsatser har vist sig at have mulige positive effekter. Både for kommunerne i et økonomisk perspektiv men også for de borgere og medarbejdere, der er involveret i de rehabiliterende indsatser.

Samtidig er det dog også skildret, hvordan reformer inden for sundhedsvæsenet i de seneste knap 50 år har forsøgt at håndtere fem gennemgående koordineringsudfordringer: Komplexitet, organisering, professioners kultur, ledelse og økonomi. Udfordringer der også fremkommer i det tværgående rehabiliteringsarbejde. Samarbejdet om rehabilitering kan skabe udfordringer, fordi en effektiv rehabiliterende indsats kræver, at medarbejdere med vidt forskellige fagligheder formår at arbejde sammen ud fra ét fælles mål.

Kommunerne prøver at håndtere disse udfordringer på vidt forskellige vis, men støder som resultat deraf også på vidt forskellige samarbejdsudfordringer ved rehabiliteringsarbejdet. Dog kan det ikke udledes, at der er ét ideal for, hvordan samarbejdet skal organiseres i praksis. Som det vil blive fremført i teori afsnittet, udleder både Brown og Gittell at der vil være udfordringer, når forskellige organisationer eller fagligheder skal arbejde sammen eller koordinere på tværs.

¹ Activities of daily living (Oxford). Den danske oversættelse svarer til almen daglig livsførelse

3. Problemformulering

Som det er udledt af ovenstående, er rehabiliteringsarbejdet blevet en integreret del af kommunernes arbejde med ældre borgere. Rehabiliteringen nødvendiggør dog samarbejde på tværs, og det er særligt i dette samarbejde, at udfordringer opstår.

Som nævnt i problemfeltet eksisterer der dog mange forskellige måder, hvorpå kommunerne arbejder med rehabiliteringsindsatser, hvilket medvirker til, at forskellige udfordringer opstår alt efter konteksten. I denne opgave vil der derfor blive taget udgangspunkt i den specifikke case, Aalborg Kommune, hvor kommunens Ældre- og Handicapforvaltning vil blive analyseret ud fra følgende problemformulering:

Hvilke udfordringer opleves i det tværgående arbejde med rehabilitering af ældre, og hvordan kan de forklares?

For at undersøge ovenstående problemformulering er Aalborg Kommune valgt som case, idet de har arbejdet med rehabilitering flere år, før det i 2015 blev et lovkrav, hvorved kommunen har gjort sig erfaringer med at arbejde tværgående i deres rehabiliteringsindsatser. Yderligere erfarer vi, at kommunen stadig har et fokus på at udvikle rehabiliteringsarbejdet. Dette gør de eksempelvis ved løbende at gennemføre projekter, der skal forbedre den rehabiliterende indsats. Et af kommunens seneste innovationsprojekter *Den Kirurgiske Borger* skabte basis for, at Aalborg Kommune var interesseret i et samarbejde omkring tværgående samarbejdsudfordringer mellem afdelinger og faggrupper internt i Ældre- og Handicapforvaltningen.

Til at undersøge problemformuleringen tager vi udgangspunkt i to teoretiske perspektiver; Browns beskrivelse af organisatoriske grænseflader og Gittells beskrivelse af relationel koordinering.

Ifølge Brown fører samarbejde til konflikter. Konflikter forekommer, når samarbejdspartnere skal samarbejde og koordinere fælles opgaveløsninger. Her kan konflikter komme til udtryk i form af produktiv konflikt, men også for lidt og for meget konflikt (Brown 1983:226). Her er det relevant at undersøge, hvordan samarbejdspartnere interagerer med hinanden i grænseflader, og hvilke udfordringer det stiller parterne ved en opgaveløsning. I denne henseende vil Brown benyttes til at udlede, hvordan det tværgående samarbejde kan føre til grænsefladekonflikter.

Gittell fokuserer på, hvordan den relationelle koordinering er nødvendig for et godt og effektivt tværorganisatorisk samarbejde. Hun beskriver, hvorledes de tre relationelle dimensioner *fælles mål*, *fælles viden* og *gensidig respekt* samt de fire kommunikationsdimensioner *hyppig*, *rettidig*, *præcis* og *problemløsende* kommunikation er nødvendige for at skabe god tværgående opgaveløsning (Gittell 2016:25-26). Hvis man formår at oparbejde relationel koordinering i en organisation, vil det ifølge Gittell føre til effektivisering uden brug af nedskæringer i løn eller forværring af arbejdsvilkår (Gittell 2016:15-16).

Specialets teoretiske fortolkningsramme danner derved forståelse om, hvad der kan føre til samarbejdsudfordringer i Aalborg Kommunes rehabiliteringsindsats af ældre borgere.

4. Casebeskrivelse

4.1 Myndighedsafdelingens struktur

I dag er visitation i Ældre- og Handicapforvaltningen funktionsopdelt i de to afdelinger *Afklaring og Forebyggelse* og *Støtte og Omsorg*. De borgere som forventes at kunne gennemgå et korterevarende rehabiliterende forløb op til tre måneders varighed, varetages af visitationsenheden Afklaring og Forebyggelse, mens de borgere, der skal have varig pleje og omsorg, varetages af Støtte og Omsorg (Rambøll 2018:7). Derudover er der Udskrivningsenheden, som foretager den fremskudte visitation for de borgere, der har været indlagt på sygehuset og har brug for kommunens hjælp efter indlæggelse. Udskrivningsenheden fordeler endvidere borgere ud til én af de to funktionsopdelte visitationsafdelinger til en endelig visitation. De tre enheder udgør tilsammen kommunens Myndighedsafdeling på ældreområdet.

4.1.1 BUM-model

I Aalborg Kommune er Ældre- og Handicapforvaltningen organiseret efter Bestiller-Udfører-Modtager-modellen (BUM-modellen). Intentionen med BUM-modellen er, at det skal skabe gennemskuelighed. Den skal skabe en klarere opgavefordeling, hvor der er et mere forretningsmæssigt forhold mellem den betalende og udførende enhed (FTF 2006). Derved er modellen en organisationsmodel, der adskiller udfører-delen fra myndighedsfunktionen. Med andre ord kan det siges, at det er en visitationsmodel, hvor der er fokus på budget, visitation, kvalitetssikring og tilsyn (KL 2006:4). For udfører-delen handler deres opgavevaretagelser om driftsansvar, leverancesikkerhed over for modtagere, planlægning af visiterede ydelser samt dokumentation af disse (KL 2006:4). Denne adskillelse medfører, at der kommer to rollefordelinger i form af myndighedsudøver og leverandør af serviceydelser (KL 2006:5).

4.2 Aktørerne i rehabiliteringsarbejdet

I følgende afsnit vil vi beskrive fem af de centrale aktører i arbejdet med rehabilitering i Ældre- og Handicapforvaltningen i Aalborg Kommune. Det drejer sig om: Udskrivningskoordinatorer, selvhjælpsterapeuter, selvhjælpskoordinatorer, hjemmesygeplejersker og hjemmeplejere. Det vil her præciseres, hvem disse faggrupper er, hvor de er lokaliseret, og hvilke opgaver de udfører. Det er samtidig disse faggrupper, der danner grundlaget for specialets empiri.

4.2.1 Udskrivningskoordinatorer

Udskrivningsenheden har som opgave at fungere som *boundary spanner* mellem den regionale sektor og den kommunale sektor. Her skal enheden på bedst mulig vis få borgerne inkorporeret i det kommunale system efter udskrivelse fra sygehuset.

Udskrivningskoordinatorerne har ikke nogen entydig faglighed baggrund, som kendetegner samtlige medarbejdere. Enheden består i stedet af en blanding af medarbejdere med forskellige fagligheder. Medarbejderne har dog fortrinsvis en sygeplejefaglig baggrund eller en terapeutfaglig baggrund, hvoraf majoriteten har en sygeplejefaglig baggrund.

Udskrivningsenheden er lokaliseret i forlængelse af Aalborgs Sygehus Syd, beliggende i det sydlige Aalborg Centrum.

4.2.2 Selvhjælpsterapeuter

Selvhjælpsterapeuter, som også går under den kortere betegnelse terapeuter, er den ene af de to faggrupper, der findes i visitationsenheden Afklaring og Forebyggelse. Selvhjælpsterapeuterne har to overordnede opgaver i arbejdet med ældre borgere. Den ene er at visitere borgerne til den passende mængde pleje og træning, der svarer til den ældres funktionsniveau, med udgangspunkt i servicelovens § 83 og § 83 a. Derudover har de også en udførende rolle i rehabiliteringsindsatsen, idet de ved borgerbesøg vurderer og tilrettelægger, hvordan borgerne kan gøres mere selvhjulpne i eget hjem. Dette kan for eksempel ske ved at gøre det muligt for borgere at udføre egen rengøring, toiletbesøg, bad eller andet med enten ingen eller mindre hjælp fra hjemmeplejen. Selvhjælpsterapeuterne i Afklaring og Forebyggelse har altså både en bestiller- og udfører-rolle i rehabiliteringsarbejdet. De har som udgangspunkt en ergoterapeutfaglig baggrund.

Selvhjælpsterapeuterne har adresse på Lindholm Brygge i Nørresundby.

Selvhjælpsterapeuterne er områdefordelte med udgangspunkt i hjemmeplejens distrikter. Dette betyder, at terapeuterne som udgangspunkt arbejder sammen med en mindre gruppe af faste hjemmeplejere.

4.2.3 Selvhjælpskoordinatorer

Selvhjælpskoordinatorerne, til tider også blot betegnet som koordinatore, er den anden faggruppe, som udgør medarbejderne i visitationsenheden Afklaring og Forebyggelse. Deres opgaver

adskiller sig fra selvhjælpsterapeuternes ved, at de som udgangspunkt er involveret i såkaldt komplicerede forløb. Det kan blandt andet være forløb, hvor der er sket et større skift i borgernes funktionsevne. Her har selvhjælpskoordinatorerne til opgave at udrede, igangsætte og koordinere de tværfaglige forløb for borgeren med udgangspunkt i § 83 og § 83 a. Dette gøres med fokus på såvel borgernes nuværende funktionsniveau samt med udgangspunkt i borgernes målsætninger for deres fremtidige funktionsevne.

Selvhjælpskoordinatorerne har ligesom selvhjælpsterapeuterne adresse på Lindholm Brygge, hvor begge faggrupper deler lokaler.

4.2.4 Hjemmesygeplejersker

Hjemmesygeplejerskerne har til opgave at tage sig af borgernes sygeplejefaglige behov. Hjemmesygeplejen er selvvisiterende, hvilket vil sige, at de selv definerer borgernes behov for sygeplejefaglig hjælp, hvor de selv afsætter tid til opgaveløsningen. Dette gælder særligt ved komplicerede forløb. Hvis opgaverne ikke vurderes at være komplicerede, kan opgaverne videregives til hjemmeplejen. Hjemmesygeplejerskerne har derfor såvel en bestiller-rolle såvel som en udfører-rolle i arbejdet med ældre.

Hjemmesygeplejen er opdelt i fem forskellige distrikter: Nord, Centrum, Sydvest, Vest og Øst.

4.2.5 Hjemmeplejere

Hjemmeplejerne har en ren udfører-rolle, idet de kun udfører opgaver, som er blevet visiteret til dem fra de forskellige bestiller-led. Opgaverne kan både være rengøring såvel som personlig pleje. Borgerne har ret til fritvalg, hvor de kan vælge mellem kommunalt udbudt hjemmepleje eller kommunalt godkendte private leverandører. Dette betyder, at både de kommunale såvel som de private leverandører af hjemmehjælp skal udføre hjemmehjælpen ud fra på forhånd tilrettelagte minutnormeringer ved den enkelte borger.

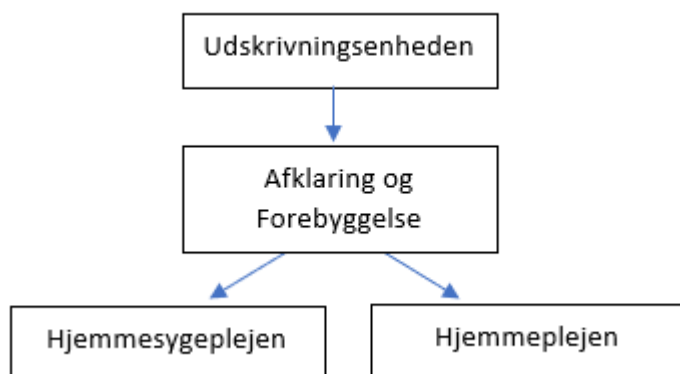
Hjemmeplejerne har en faglig baggrund som henholdsvis social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter.

Ligesom hjemmesygeplejerskerne er hjemmehjælperne opdelt i afdelinger, der baserer sig på distrikter. Hjemmeplejen er inddelt i tre distrikter: Nord, Øst og Vest.

4.2.6 Arbejdet med rehabilitering aktørerne imellem

Fra indlæggelse og til borgerne udskrives fra sygehuset, og skal tilbage i eget hjem, går de som regel igennem et forløb, hvor de vil komme i kontakt med de førnævnte aktører i rehabiliteringsarbejdet i en kronologisk rækkefølge, som vist i nedenstående figur:

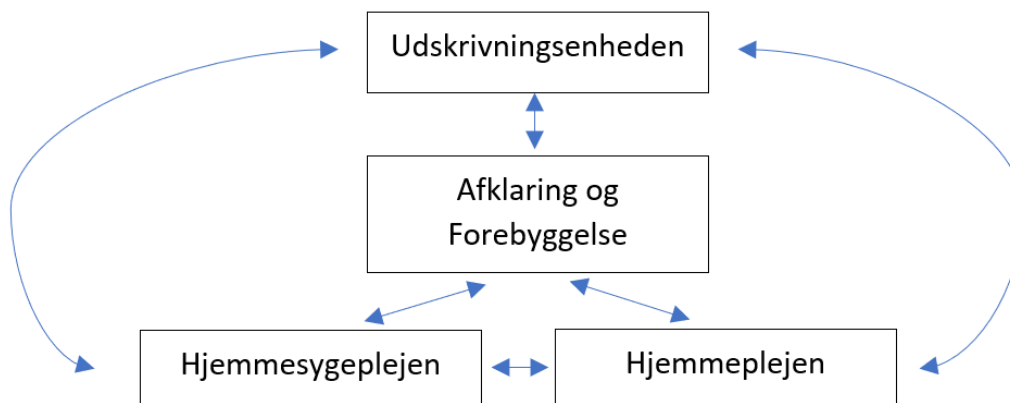
Figur 1



Den simple organisationsstruktur som kan bruges til at beskrive arbejdet med rehabilitering af ældre borgere

Dog er kommunikationsvejene *de facto* mere komplekse end ovenstående Figur 1 illustrerer. Dette skyldes, at mange af aktørerne ikke bare har én rolle i arbejdet med borgerne. Dette kan blandt andet ses i Udskrivningsenheden. I de første 24 timer efter udskrivelse har denne enhed ansvaret for, at borgerne er visiteret til de rigtige ydelser til deres funktionsniveau. Derfor har Udskrivningsenheden i dette tidsrum også direkte kontakt med udfører-ledet, altså hjemmesygeplejere og hjemmeplejere, hvis det er nødvendigt, at borgeren får kommunal hjælp i dette tidsrum. Derudover kan udførerne også rapportere tilbage til enhederne i Myndighedsafdelingen, hvis de ikke mener, den visiterede mængde pleje er passende til borgernes funktionsniveau. I praksis vil samarbejdet mellem enhederne derfor tage sig ud som nedenstående Figur 2.

Figur 2



Figuren illustrer sammenhængen i de grænseflader, der opstår i rehabiliteringsarbejdet. Pilene illustrerer, samarbejdsforholdet mellem afdelingernes komplekse interaktion. Samarbejdet går på tværs og mellem afdelingerne

Som Figur 2 viser er der langt flere samarbejdsvariationer end Figur 1 illustrerer. Kommunikationen mellem afdelinger foregår ikke udelukkende kronologisk fra Udskrivningsenheden til Afklaring og Forebyggelse og derfra ud til hjemmesygeplejen og hjemmeplejen. I stedet er kommunikationsvejene mere omfangsrige og komplicerede, hvilket medvirker til et øget behov for koordination mellem afdelingerne i opgaveløsningen.

Kommunens dokumentationspligtige kommunikation på tværs af afdelinger, sker ved hjælp af omsorgssystemet Care. Omsorgssystemet skal sikre at dokumentation fremsendes ensartet til såvel interne og eksterne samarbejdspartnere, samt at denne dokumentation er tilgængelig for borgeren. Formålet med Care, er at skabe sammenhæng og gennemsigtighed i opgaveløsningen på tværs af fagligheder og organisatoriske opdelinger (Aalborg Kommune 2016:1).

4.3 Projektindsatser

Udvikling af rehabiliteringsarbejdet i Aalborg Kommunes Ældre- og Handicapforvaltning begyndte for første gang i 2011 med indsatsen *Træning før Pleje*. Målet med indsatsen var, at borgere skulle blive selvhjulpne i længere tid ved at fokusere på at udøve aktiv rehabilitering i stedet for passiv hjælp efter servicelovens § 83. Dette skulle give borgerne en større følelse af selvbestemmelse i eget liv, og dermed øget livskvalitet. Indsatsen var tværfaglig og typisk af 1-3 måneders varighed. Målene med indsatsen tog udgangspunkt i borgerens egne ønsker for deres egen fremtidige selvhjulpnehed, hvorefter kommunens tværfaglige team skulle vurdere, hvordan borgerens funktions- evne kunne forbedres for at opnå de fastsatte mål (Aalborg Kommune 2010:1). Indsatsen blev

iværksat med inspiration fra Fredericia Kommunes indsats *Længst mulig i eget liv* fra 2008, som blev gennemgået i opgavens problemfelt.

Forvaltningens seneste rehabiliterende projekt *Den Kirurgiske Borger – en effektiv indsats* blev gennemført i efteråret 2017. Med projektet forsøgte forvaltningen at forbedre forløbet for kommunens borgere, der var indlagt på Region Nordjyllands kirurgiske afdelinger. Tilgangen har været en målrettet indsats for at sikre borgeren den bedst mulige vej fra sygehus til selvhjulpen. Det blev gjort ved, at Afklaring og Forebyggelse via Udskrivningsenheden forsøgte at skabe hurtig kontakt til borgeren allerede under indlæggelsen og ved at fastholde kontakten med én forløbsansvarlig fagperson. Projektet havde også som formål at skabe et velkoordineret, tværfagligt forløb med de rette indsatser til rette tid, der beroede i ét fælles mål og tydelig kommunikation gennem forløbet. På denne måde ønsker de at sikre, at borgeren oplevede kontinuitet samt bedre og hurtigere forløb fra indlæggelse til selvhjulpenhed.

Som et resultat af *Den Kirurgiske Borger* har man udviklet en arbejdstilgang der hedder *Tidlig Indsats*. Tilgangen er en fortsættelse af *Den Kirurgiske Borger*, men sigter mod at omfatte alle borgere, der udskrives til visitationsenheden Afklaring og Forebyggelse. Målgruppen af borgere er dermed blevet udvidet fra kun at inkludere borgere, der havde gennemgået kirurgiske forløb til at inkludere alle ældre, der kunne have gavn af at gennemgå et korterevarende rehabiliterende forløb. Målsætningen med disse borgere er, at de skal være i kontakt med en selvhjælpsterapeut eller selvhjælpskoordinator senest hverdagen efter udskrivelse til en vurdering af, hvordan deres funktionsniveau kan forbedres. Det er i denne kontekst, medarbejderne på nuværende tidspunkt arbejder ud fra og således den kontekst, som den indsamlede empiri beror på.

5. Metode

Nærværende afsnit vil præsentere de metodiske tilgange og hertil overvejelser for, hvordan empirien indsamles og behandles. Et forskningsdesign er en forudsætning for at sikre, at analyseresultaterne er gennemsigtige og valide. På denne måde er ønsket, at forskningsdesignet skaber en kohærens mellem problemformuleringen, empiriindsamlingen, analysetilgangen og konklusionen (de Vaus 2001:9). Som det også vil fremgå af nærværende afsnit, er det kvalitative casestudie valgt som forskningsdesign. Et casestudie muliggør en dybdegående tilgang til at undersøge Aalborg Kommunes Ældre- og Handicapforvaltnings arbejde med rehabilitering inden for ældreområdet.

Med specialets problemstilling og problemformulering er der et ønske om at undersøge, hvilke tværgående samarbejdsudfordringer der opleves i rehabiliteringen, samt hvordan de kan forklares. For at undersøge samarbejdsudfordringer i kommunen, er afdelingerne: Udskrivningsenheden, Afklaring og Forebyggelse, hjemmeplejen samt hjemmesygeplejen udvalgt for at analysere rehabiliteringssamarbejdet. Analysen belyses ud fra en teoretisk fortolkningsramme, som baserer sig på Browns konfliktbegreber. Brown udleder, at grænseflader ved et samarbejde altid udvikler konflikter. Derudover tages der udgangspunkt i en række parametre fra Gittels relationelle koordinering om, hvilke forudsætninger der er nødvendige for at skabe stærkere relationer og kommunikation med samarbejdspartnere. Det betyder, at empiriindsamlingen er afgrænset og konstrueret ved hjælp af specialets teoretiske fortolkningsramme.

5.1 Casestudie

Det kvalitative casestudium er valgt som specialets forskningsdesign, da det kvalitative casestudie giver muligheden for at undersøge samarbejdsudfordringer ved rehabiliteringsarbejdet (Antoft & Salomonsen 2012:30). Ønsket med specialet er at undersøge, hvordan Aalborg Kommunes Ældre- og Handicapforvaltnings afdelinger samarbejder i rehabiliteringsarbejdet inden for ældreområdet. I den forbindelse er afdelingerne Udskrivningsenheden, Afklaring og Forebyggelse, Hjemmeplejen og Hjemmesygeplejen udvalgt for at undersøge samarbejdsudfordringer. Disse afdelinger er udvalgt, fordi de arbejder med eller berører arbejdet med rehabilitering på ældreområdet. I den henseende er det derfor nødvendigt at forstå og få et indblik i de involverede medarbejderes perspektiv på samarbejdet med hinanden i rehabiliteringsarbejdet. Ved brug af semistrukturerede informant- og fokusgruppeinterview er det muligt at indfange aktørernes forskellige perspektiver.

Aalborg Kommune som case kan repræsentere eller relatere til en generel sammenhæng (Antoft & Salomonsen 2012:31). Fænomenet *samarbejdsudfordringer* kan anses som det unikke i specialets undersøgelse, hvor ønsket er at belyse de faktorer, som har betydning for samarbejdsudfordringer.

Eftersom Aalborg Kommune er udvalgt i vores undersøgelse, kan tilgangen forstås som et single casestudie (Antoft & Salomonsen 2012:46). Casen er særlig interessant at undersøge, fordi der er mange involverede aktører, men omfanget af samarbejdsudfordringer i forbindelse med rehabiliteringsarbejdet i kommunen er ukendt. Det gør, at afdelingernes perspektiver ved samarbejdsudfordringer i rehabilitering er særlig interessant at undersøge. Derudover er det ønsket med undersøgelsen at skabe et forståelses- og handlingsorienteret perspektiv, der kan tydeliggøre samarbejdsudfordringer mellem afdelingerne i rehabiliteringsarbejdet.

Inden for forskningslitteraturen er der forskellige tilgange og forskningspraksisser til casestudiet (Antoft & Salomonsen 2012:30). Det kan derfor ikke siges, at der findes én korrekt måde at designe sit casestudie. I stedet antages et casestudie at have sin egen designlogik, hvor der foretages en strategi for, hvad der gøres og under hvilke omstændigheder (Yin 2014:16). Det har den betydning, at konstruktionen af casen er dynamisk og kan ændre sig undervejs i forskningsprocessen. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at vi løbende har fået kendskab til samarbejdsudfordringer og organisationsstruktur. Derudover får vi i løbet af processen et større kendskab til rehabiliteringsarbejdet i vores case om Aalborg Kommune. Det kan derfor siges, at vores vidensudvikling og kendskab til genstandsfeltet er fleksibelt i forskningsprocessen, idet nye perspektiver opdages, og den teoretiske fortolkningsramme tilpasses med casens ændrede karakter.

Intentionen i den analytiske tilgang er at benytte casen med udgangspunkt i specialet teoretiske fortolkningsramme til at undersøge de særlige kendetegn ved samarbejdsudfordringer, hvorfor det interessante er at få en forståelse af de fænomener og perspektiver, der udspringer ved undersøgelsen af organiseringen af samarbejdet (Antoft & Salomonsen 2012:29). Casestudiet fordrer derfor en analytisk konstruktion, hvor sigtet er at indfange det unikke i vores udvalgte case. Dette er med henblik på at forstå og ikke mindst forklare de udfordringer, som kommer ved samarbejde mellem afdelinger og faggrupper.

I specialet er der både en teoretisk og empirisk antagelse om, hvilken forståelse der er til casen. Den indledende research har været eksplorativ, hvor vi har fået kendskab Aalborg Kommunes

rehabiliteringsarbejde gennem indledende møder. Gennem møderne og tidligere undersøgelser om rehabilitering, er vurderingen, at rehabiliteringsarbejdet sigter mod et samarbejde mellem forskellige afdelinger og faggrupper. Det gør, at vi gennem specialets teoretiske perspektiv ved grænsefladekonflikter og relationel koordinering har en antagelse om, at samarbejde leder til konflikter. Netop specialets teoretiske begrebsramme har været medvirkende til at konstruere og afgrænse casen. Den teoretiske ramme baserer sig på de organisatoriske samarbejdsprocesser, som vil komme i forbindelse med rehabiliteringsarbejdet. Det kvalitative forskningsinterview foretages for at forstå respondenternes livsverden ud fra centrale teoretiske temaer. Som interviewer er fokus at indsamle nuancerede beskrivelser af de mange facetter, der er af fænomenet. Det er først i bearbejdningen af materialet, at det er op til os som forskere at vurdere, hvorfor respondenterne oplever og agerer, som de gør (Kvale & Brinkmann 2008:48).

Man kan differentiere sine forskningstyper i forhold til, om den videnskabelige tolkning baseres på den indsamlede empiri eller en teoretisk viden for enten at udlede en ny teori eller videnskabelig viden (Antoft & Salomonsen 2012:33-34). Med afsæt i det organisatoriske rehabiliteringssamarbejde benyttes den teoretiske fortolkningsramme til at tolke empirien i analysen. Det er tidligere nævnt, at teorien har været medvirkende til at afgrænse vores case, hvor den endvidere også har skabt en struktur for blandt andet de analytiske subunits. Denne struktur kan hjælpe med at indfange fænomenet i en ellers kompleks kontekst. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at teorien har spillet en stor rolle i de kriterier, som afgrænser casen. Med denne tilgang kan det dog siges, at teorien i høj grad har skabt rammerne for, hvilke elementer der er relevante i empiriindsamlingen. Endvidere bidrager den også til at identificere mønstre, hvor forklaringer findes gennem teorien (Antoft & Salomonsen 2012:39).

5.1.1 Subunits

Ifølge Yin (2014) kan et casestudium inddeles i 4 kategorier af casestudier. Et casestudie kan være et single eller multiple casestudie og enten holistisk eller embedded, afhængig af det analytiske perspektiv. Et single casestudie kan indeholde subunits, eller også kan casen ses som en helhed (Yin 2014: 53-55). Vi har i ovenstående afsnit *Casestudie* udledt, at vi arbejder med et single casestudie, hvorfor det nødvendiggør en analytisk tilgang om at indfange aktørernes forskellige perspektiver om udfordringer i rehabiliteringssamarbejdet. Det vil derfor være fordelagtigt at analysere casen ved hjælp af subunits. Det vil eksempelvis kun være muligt at indfange fænomenets kompleksitet,

hvis empirien indfanges ved analytiske opdelinger (de Vaus 2001:220). Subunits skal derved ses som analyseenheder, der skal bidrage til forståelsen og forklare samarbejdsudfordringer i rehabiliteringsarbejdet (Yin 2014:55).

Specialets subunits udledes som grænseflader i rehabiliteringssamarbejdet mellem afdelingerne inden for casens afgrænsede felt. Her vil den ene grænseflade være mellem Udskrivningsenheden og Afklaring og Forebyggelse. Den anden og tredje grænseflade vil være mellem Afklaring og Forebyggelse og hjemmeplejen samt Afklaring og Forebyggelse og hjemmesygeplejen. Denne struktur fremgår af *Figur 1* i afsnittet *Arbejdet med rehabilitering aktørerne imellem*. Opdelingen i subunits mellem de forskellige afdelinger skal forstås i den forstand, at borgere kommer i berøring med en eller flere afdelinger på samme tid. Det interessante undersøgelsesperspektiv er derved, hvilke faktorer der kan være forbundet ved samarbejdsudfordringer.

Endvidere er det vigtigt at fremhæve, at det i praksis ikke nødvendigvis kan opdeles lige så stringent, som det kan udledes af ovenstående. Der har fra begyndelsen af empiriindsamlingen været en bevidsthed om, at der er samarbejde på tværs af flere afdelinger i forbindelse med rehabilitering, idet der er flere grænseflader, end opdelingen af subunits påviser. Dette fremgår af *Figur 2*, der ligeledes kan ses i afsnittet *Arbejdet med rehabilitering aktørerne imellem*. Medarbejdere i afdelingerne påvirker hinanden løbende og agerer også i de forskellige grænseflader. Således skal den analytiske opdeling anses med forbehold, men tilgangen har som formål at hjælpe med at strukturere empiriindsamlingen, og således styrke, at der er den bedst mulige forudsætning for at indfange al den nødvendige empiri.

5.1.2 Kritiske overvejelser ved case

Et kvalitativt single casestudie giver muligheden for at få den kontekstafhængige viden ved at undersøge casens unikke og komplekse fænomen i dets kontekst, hvor det er ønsket at forstå medarbejdernes rehabiliteringssamarbejde, og hvordan der forefindes udfordringer i dette. Yin argumenterer blandt andet, at det vil være analytisk fordelagtigt at vælge casestudier, som har to eller flere cases (Yin 2014:64). Her kunne et komparativt eller multipelt casestudie i stedet for et single casestudie være valgt. Undersøgelsen kan sondre mellem eksempelvis forskelle i geografiske eller kommunale tilgange til rehabiliteringssamarbejdet, og om der er organisatoriske samarbejdsudfordringer. Ved at arbejde med et komparativt eller multipelt casestudie kan denne tilgang i høj grad være

med til at styrke undersøgelsen, der bidrager med en mere omfattende empirisk viden til analysen og konklusionen. Blandt andet vil det også kunne styrke generaliseringen. Cases, der er strategisk valgt, kan, blandt andet i en induktiv tilgang, i højere grad teste teoriens holdbarhed eller forholde sig til omstændigheder i konteksten, hvor teorien enten er eller ikke er holdbar (de Vaus 2001:227). Det fremhæves blandt andet, at et single casestudie kan have udfordringer med at indfange casens unikke karakter. Det kan skyldes, at informanter tilbageholder vigtige informationer, eller at vi som forskere ikke kan få adgang til en række informationer, som er nødvendige for at indfange casens unikke fænomen for at generalisere (Yin 2014:64). Specialets single casestudie kan derfor have sine udfordringer med at generalisere. Det er dog ikke umuligt at generalisere, men det vil klart have været fordelagtigt at anvende et design, hvor der er mulighed for at undersøge flere cases, der kan generere viden på at identificere og teste sammenhænge, hvis målet var at generalisere (Antoft & Salomonsen 2012:46). Komparative casestudier kan være mere overbevisende, idet de kan frembringe mere robuste resultater. Tilgangen giver mulighed for at frembringe generelle og unikke fællestræk ved de inddragede cases.

Til forskel er et single casedesign benyttet, idet ønsket er at undersøge samarbejdsudfordringer inden for rehabiliteringsarbejdet i Aalborg Kommune. Det skyldes specialets fænomenologiske tilgang om at undersøge organisatoriske samarbejdsudfordringer. Tilgangen er medarbejdere og lederes oplevelser af samarbejdet mellem afdelingerne i Ældre- og Handicapforvaltningen i Aalborg Kommune. Det vil således ikke være en fordel at inddrage flere cases, da det ikke vil bidrage til et bedre svar inden for det overordnede formål af specialet, hvor organisatoriske samarbejdsudfordringer i Aalborg Kommune kan anses som case af casen (Antoft & Salomonsen 2012:43).

Netop ønsket med den dybere forståelse af samarbejdsudfordringer i rehabiliteringsarbejdet i Aalborg Kommune vil gøres ud fra den teorifortolkende tilgang. Det kunne eksempelvis være fordelagtigt at benytte et teorigenererende casestudie, hvis ønsket var at formulere ny teoretisk viden med afsæt i empirien (Antoft & Salomonsen 2012:36). Derudover kunne tilgangen også være teoritestende, hvor intentionen er at reformulere teoretiske begreber og sammenhænge eller ved at teste teoriens gyldighedsområde (Antoft & Salomonsen 2012:41). I sådanne tilfælde vil der oftest arbejdes komparativt, da det giver mulighed for at styrke det teoretiske fænomen. Endvidere er tilgangen også brugbar, når det handler om at undersøge årsagssammenhænge eller om at generalisere casestudier (Antoft & Salomonsen 2012:43). Det er dog heller ikke intentionen i specialet at have en

teori- og begrebsudviklende tilgang. Det er plausibelt, at udvikling af en ny empirisk viden giver anledning til at nyfortolke.

Det primære formål med specialets teoretiske ramme er at bruge teorierne til at fortolke og nuancere den empiriske viden i vores case. Således udelukker det endvidere også tilgangen med ateoretiske casestudier. Ligesom det teorifortolkende casestudie, bygger den ateoretiske casestudie på at generere ny empirisk viden. Den vil som udgangspunkt tage afsæt i empirisk viden og data, hvor ateoretiske casestudier er deskriptive og ikke er styret af eksempelvis hypotetiske generaliseringer. Det kan blandt andet siges, at den ateoretiske tilgang er en idealtypisk konstruktion (Antoft & Salomonsen 2012:35). Der kan være en kritisk overvejelse om, hvorvidt tilgangen er fuldstændig induktiv uden forudindtagede antagelser til det empiriske studie, der analyseres på. Det vil være svært at undersøge en case i dens helhed uden at kunne adskille det relevante fra det irrelevante. I den praktiske tilgang i undersøgelsesfeltet vil der altid være en antagelse, systematisering og strukturering i den empiriske viden. Det er netop her, at man vil lade de empiriske observationer være forudsætning for struktureringen og systematiseringen af det videre arbejde (Antoft & Salomonsen 2012:36).

5.2 Kvalitativ metode

Den kvalitative metode i specialet er benyttet i form af kvalitative forskningsinterviews. Således er empirien i specialet genereret gennem interviews med medarbejdere samt ledere hos Udskrivningsenheden, Afklaring og Forebyggelse, hjemmeplejen samt hjemmesygeplejen. Formålet med interviewene er som udgangspunkt at undersøge afdelingernes samarbejdsforhold med hinanden i grænsefladerne. Interviewmetoden vil være i form af semistrukturerede fokusgruppinterviews med medarbejdere og informantinterviews med ledere for de udvalgte afdelinger. Nedenstående afsnit vil udfolde den metodiske strategi samt overvejelser hertil.

5.2.1 Interview

Forskningsinterview er valgt med det sigte at få en forståelse og indsigt i genstandsfeltet til medarbejdere og lederes oplevelse af samarbejdet med hinanden i rehabiliteringen. I sådanne tilfælde vil interview i særlig grad give et øget kendskab til samarbejdet og deres oplevelser til udfordringer:

"In-depth interviewing is an interest of understanding the experience of the people and the meaning they make of that experience". (Seidman 1998:3)

Empirien er genereret gennem både informantinterviews med ledere og fokusgruppeinterviews med medarbejdere. Intentionen er at udfolde deres erfaringer, oplevelser og holdninger i forhold til grænsefladerne med hinanden.

Den kvalitative interviewmetode i form af både semistrukturerede informantinterviews og fokusgruppeinterviews er særlig hensigtsmæssig at benytte, da det kan frembringe interviewpersonernes forskellige perspektiver. Det betyder ikke, at interviewene er meget strukturerede i forhold til begrænsede svarmuligheder. Derimod fokuseres der på, at interviewpersonerne har rig mulighed for at fortælle deres holdninger, hvor de i høj grad selv kan definere, hvordan og hvorledes de ønsker at fortælle om deres oplevelser i det organisatoriske samarbejde.

5.2.2 Fokusgruppeinterviews

Valget af medarbejdere i fokusgruppeinterviews skal ses i den forbindelse, at der er en antagelse om, at forståelserne i grænseflader kan være komplekse. Derfor kan det være hensigtsmæssigt at benytte fokusgruppeinterviews som metode til at frembringe kompleksiteten i grænsefladen, som vi ellers ikke kan frembringe ved individuelle interviews (Halkier 2008:14). Den strategiske udvælgelse af informanter begrundes ud fra etnografiske perspektiver. Opdelingen er først og fremmest ud fra afdelinger, som baserer sig på udvalgte medarbejdere fra afdelingerne. De repræsenterer først og fremmest deres faggruppe, hvor de besidder en helt specifik form for fagprofessionel viden. Derudover handler fokusgruppeinterviewet også om, at de repræsenterer afdelingen, hvorfor der er en antagelse om, at deres erfaringer og holdninger er repræsentative for afdelingen.

Forudsætningen for fokusgruppeinterviews er, at der forekommer en interaktion mellem interviewpersonerne. Interaktionen, som en diskussion mellem interviewpersonerne, er derfor en god fremstilling af de erfaringer og holdninger, de har til den kompleksitet, der eksisterer i grænsefladerne.

Fokusgruppeinterviews er særligt gode til at danne empiri om indholdsmæssige perspektiver i gruppens holdninger og erfaringer. Således er der mulighed for, at der dannes viden om, hvad en gruppe af interviewpersoner er enige eller uenige om i forhold til specialets temaer om samarbejdsudfordringer (Halkier 2008:10). Udgangspunktet er ikke nødvendigvis at have medarbejderne til at være enige om et svar. Det interessante med fokusgruppeinterviews er, hvordan medarbejdere har en samtale om et emne og kan diskutere holdninger og oplevelser omkring det. Netop i disse

situationer foregår der en interaktion mellem interviewpersoner, som er relevant at fremhæve. Blandt andet kan en interviewperson lytte til en anden interviewperson og herefter uddybe eller modargumentere holdningen.

I forlængelse af det, har de deltagende interviewpersoner i grupperne mulighed for selv at frembringe nogle holdninger, som de mener, er vigtige for dem, ligesom det er muligt i det semistrukturerede informantinterview. Forskellen er her, at interviewerens skal forsøge at slippe lidt af interviewkontrollen og lade informanterne frembringe de perspektiver, de anser som vigtige inden for det forudbestemte tema (Bryman 2012:503). På den ene side kan der være perspektiver til, om de forudbestemte temaer skaber en struktur, hvor interaktionen flytter sig til mellem interviewer og interviewpersoner (Halkier 2008:9). På den anden side er en af faldgruberne også, at man som forsker kan miste lidt af kontrollen i et fokusgruppeinterview, når der er interaktioner mellem interviewpersonerne, hvor de selv tager initiativ i interaktionen mellem dem (Bryman 2012:517).

5.2.3 *Informantinterview*

Lederinterviewene skal ikke ses som komparative til interviewene af deres medarbejdere. Tværtimod er de komplementerende. Det kan ikke udelukkes, at der er udtalelser, som er modstridende, og således giver komparative forhold. Intentionen er, at både ledere og medarbejdere tænkes ind i en etnografisk opdeling som en enhed, der repræsenterer holdninger og oplevelser for afdelingen.

Som leder ligger på forhånd en antagelse om, at de skal udstikke en retning for, hvordan deres afdeling og dens medarbejdere skal arbejde i forhold til rehabilitering, samt hvordan de som ledere ser og forventer, deres afdeling agerer i det rehabiliterende samarbejde med andre afdelinger og deres aktører i grænsefladen. Det kan derfor ses i det perspektiv, at interviewene med ledere er foretaget enkeltvis for at få en forståelse af de fire afdelingers udfordringer set ud fra lederens perspektiv. Dette er blevet gjort, da lederen må formodes at have en mere omfattende forståelse for ikke bare deres egen afdelings formål, men lige såvel hvordan afdelingen indgår i forvaltningen, samt hvad hele forvaltningens formål er med de tværgående rehabiliteringsindsatser ud fra et organisatorisk perspektiv.

Formålet med lederinterviews er lige såvel som med medarbejderinterviews at få indblik i og forståelse af deres oplevelser af samarbejdet. Fremgangsmetodisk er Intentionen at lade lederne tale

om deres perspektiver til de operationaliserede temaer i forhold til rehabiliteringssamarbejdet med andre afdelinger (Kvale & Brinkmann 2009:45).

Interviews kan være svære at gøre generaliserbare. Det skyldes, at interviewmetoden giver den dybdegående forståelse om fænomenet i dens kontekst. Fænomenet som bliver erfaret af ledere, er ikke nødvendigvis et generelt fænomen, men et specifikt fænomen inden for den givne kontekst (Bryman 2012:406).

5.2.4 Interviewguide

Interviewguiden er udformet således, at den på bedst mulig vis giver mulighed for at besvare specialets problemstilling om, hvilke organisatoriske samarbejdsudfordringer der findes i rehabiliteringsarbejdet, og hvordan de kan forklares. Interviewene har til formål at identificere samarbejdsudfordringer, der kan komme til udtryk i grænsefladerne og afdelingernes relationelle koordination. Spørgsmålene vil derfor tage udgangspunkt i de teoretisk udledte temaer.

Interviewguiden indeholder spørgsmål, der relaterer sig til temaer. Ved at strukturere vores interviewguide på denne måde, har vi ladet os styre af specialets teoretiske fortolkningsramme (Tanggaard & Brinkmann 2015a:38). Derved er interviewguiden struktureret efter temaer som gensidig respekt, fælles mål, fælles viden og kommunikation. Interviewguides for henholdsvis medarbejdere og ledere er udarbejdet efter samme skabelon. Den eneste forskel på de to interviewguides er, at der i lederinterviewene bliver spurgt ind til, hvad lederen selv ser som sin vigtigste lederrolle. Ledernes perspektiver kan give en ledelsesmæssig forståelse af de vigtige fokuspunkter i det organisatoriske arbejde. Det semistrukturerede interview giver endvidere anledning til at variere spørgsmålene i den rækkefølge, som falder mest naturlig (Bryman 2012:212). Interviewguiden skal derfor ses som et hjælpemiddel, der kan være mere eller mindre styrende for interaktionen mellem os og interviewpersonerne. Det giver endvidere muligheden for at stille uddybende spørgsmål, hvis det vurderes, at svaret er uklart eller mangler en uddybning (Tanggaard & Brinkmann 2015a:38). Interviewguides for ledere og medarbejdere kan findes i Bilag 1 og Bilag 2.

5.2.5 Adgang til feltet

Samarbejdet med Aalborg Kommune opstod, da kommunens visitationsenhed Afklaring og Forebyggelse henvendte sig til os med et ønske om et projektsamarbejde, angående deres arbejde med rehabilitering. Afdelingen havde i det sidste halvår af 2017 fået midler fra kommunens

innovationspulje til at iværksætte et projekt, hvor de har forsøgt at arbejde med nye metoder i rehabiliteringsarbejdet inden for ældreområdet. Vi havde på forhånd et ønske om at arbejde med organisatoriske samarbejdsudfordringer, hvorfor det faldt belejligt, at kommunen efterspurgte et specialesamarbejde. Etableringen af samarbejdet kom efter enkelte mailkorrespondancer og telefonsamtaler om, hvilke forventninger kommunen havde til samarbejdet og ligeledes, hvad vi forventede af et samarbejde. Det mandede ud i, at vi startede med et indledende møde med repræsentanter fra blandt andet Afklaring og Forebyggelse, hvilket er dem, som sendte en henvendelse ud i forhold til at skabe et samarbejde om arbejdet i rehabiliteringsforløbet. En af de repræsentanter, som var til stede på det indledende møde, fungerede efterfølgende som gatekeeper, og gav derved mulighed for at komme i kontakt med andre aktører i Ældre- og Handicapforvaltningen.

Indledningsvist inden mødet undersøgte vi kommunens hjemmeside for at få et kendskab til Ældre- og Handicapforvaltningens organisation og dens arbejde med projektet *Den Kirurgiske Borger*, da det er afsættet for specialesamarbejdet. Intentionen med mødet var først og fremmest at få et kendskab til de erfaringer, som kommunen har gjort sig med projektet. Efter mødet fik vi tilsendt arbejdsdokumenter relateret til rehabiliteringsarbejdet og heriblandt innovationsprojektet *Den Kirurgiske Borger*.

Kort tid efter mødet fik vi tilsendt en invitation til at deltage i det afsluttende følgegruppemøde i forbindelse med *Den Kirurgiske Borger*. Her sad vi som observatører til mødet, hvor vi fik en større forståelse af projektet samt de involverede samarbejdsrepræsentanter.

Det tredje indledende møde baserede sig på, at vores gatekeeper havde afsat en halv arbejdsdag, hvor vi først på dagen fik muligheden for at være *fluen på væggen* og sidde sammen med selvhjælpskoordinatorer samt -terapeuter, hvor vi løbende kunne spørge ind til samarbejdsprocesser med parter fra de øvrige afdelinger. Efterfølgende havde vi et uformelt møde med henholdsvis visitationschefen for Afklaring og Forebygge og lederen af Udskrivningsenheden. Møderne havde ikke karakter af interview, hvilket heller ikke var intentionen med disse møder. Afsættet var i høj grad en eksplorativ tilgang om at forstå arbejdet med rehabilitering, og hvilke roller ledere ser, deres afdelinger har i rehabiliteringssamarbejdet.

Det fjerde og sidste indledende møde foregik med specialets gatekeeper. Formålet med mødet var som udgangspunkt et ønske om at få besvaret enkelte konkrete spørgsmål om rehabiliteringsarbejdet samt fortælle om vores perspektiver for det videre samarbejde.

Som det kort fremgår af ovenstående beskrivelser af de indledende møder, har de alle haft karakter af en eksplorativ tilgang. Fælles for møderne har været at få en forståelse og kendskab til Myndighedsafdelingens rolle i rehabiliteringsarbejdet inden for ældreområdet. De fire indledende møder har været med en intention om at få kendskab til afdelingernes rolle og funktion i rehabiliteringen, samt hvem der primært er afdelingen Afklaring og Forebyggelses nære samarbejdspartnere i rehabiliteringssamarbejdet. Det er i forbindelse med møderne, at vi har fået en forståelse af aktørernes afhængighed og samarbejde med hinanden i de tværgående grænseflader.

Derved har de indledende møder haft en betydning for indkredsning af specialets problemstilling samt konkretisering af en relevant problemformulering. Det har netop været gennem de indledende møder, hvor vi har fået en forståelse for, at rehabiliteringsarbejdet har mange parter involveret. Her har kommunen endvidere et ønske om, at borgerens rehabilitering er centralt for hele forløbet, hvorfor det kræver et godt samarbejde og god koordination mellem parterne. Gatekeeperens rolle har fra start været medvirkende til at give os en forståelse af det generelle arbejde med rehabiliteringen i Aalborg Kommune. Derudover har gatekeeper ved forespørgsel udleveret arbejdsdokumenter vedrørende Afklaring og Forebyggelses rehabiliteringsarbejde. Der har endvidere været tilfælde, hvor vi har efterspurgt materiale i form af strategier, målinger eller lignende, som enten ikke har været udarbejdet, eller hvor nye arbejdstilgange har gjort de eksisterende dokumenter forældet.

Som tidligere beskrevet, arbejder dette speciale ud fra perspektiver om samarbejdsudfordringer mellem de fire enheder: Udskrivningsenheden, Afklaring og Forebyggelse; bestående af selvhjælps-terapeuter og selvhjælpskoordinatorer, hjemmesygepleje og hjemmepleje. Nedenstående tabel 1 er en opgørelse over specialets 9 interviews af ledere og medarbejdere samt fordelingen af antal medarbejdere ved fokusgruppeinterviews.

Tabel 1

Afdeling	Informanter	Reference i analysen
Udskrivningsenheden	Leder af Udskrivningsenheden	Leder af Udskrivningsenheden
	4 udskrivningskoordinatorer (3 sygeplejersker og 1 ergoterapeut)	Udskrivningskoordinatorer
Afklaring og Forebyggelse	Visitationschef for Afklaring og Forebyggelse	Leder af Afklaring og forebyggelse
	3 selvhjælpskoordinatorer (2 ergoterapeuter og 1 sygeplejerske)	Selvhjælpskoordinatorer
	3 selvhjælpsterapeuter (ergoterapeuter)	Selvhjælpsterapeuter
Hjemmesygeplejen	Områdesygeplejerskeleder	Hjemmesygeplejeleder
	2 hjemmesygeplejersker	Hjemmesygeplejersker
Hjemmeplejen	Lokal hjemmeplejeleder	Hjemmeplejeleder
	4 hjemmeplejere (2 social- og sundhedshjælpere, 1 social- og sundhedsassistent og 1 aftenvagter)	Hjemmeplejere

For at have den bedst mulige chance for, at de tiltænkte parter ville medvirke i interviews, anvendte vi gatekeeperen til at formidle kontakten. Hun formidlede herefter kontaktoplysninger til relevante kontaktpersoner, hvor vi kunne få adgang til ledere og fagkonsulenter, som herefter udvalgte medarbejdere. Her var vores kriterie, at vi som udgangspunkt ønskede en gruppe af tre til fem medarbejdere.

5.3 Fænomenologi

Specialet anvender fænomenologi som opgavens videnskabsteoretiske position. Her anerkendes samarbejdet om rehabiliteringsindsatsen som et fænomen, som udgøres af de involverede aktører. Det gøres ud fra den forståelse at:

"Fænomenologi er studiet af strukturen og strukturvariationerne i den bevidsthed, som en ting, en hændelse eller en person fremtræder for" (Kvale & Brinkmann 2009:44).

Specialets tilgang er at opnå en organisatorisk forståelse af, hvorledes forskellige afdelinger i Ældre- og Handicapforvaltningen samarbejder med hinanden om rehabiliteringsindsatser. For at tilegne os denne viden er det nødvendigt at få de involverede parter forståelse af dette fænomen. Forståelsen af casen som helhed sker på baggrund af den kontekst, casen og dens aktører befinder sig i, samt med baggrund i at virkeligheden er baseret på aktørernes beskrivelser. Aktører i de forskellige cases anses samtidigt for at være sociale aktører, der handler både efter individuelle og kollektive interesser (Ingemann 2013:50).

Fænomenologien forsøger at skabe en distance til andre videnskabsteoretiske retninger ved at se bort fra opfattelsen af, at der eksisterer en *verden*, og studerer i stedet den rene bevidsthed, som Edmund Husserl kalder *epoche* (Berg-Sørensen 2015:161). Fænomenologien er baseret på en objektiv tilgang til de undersøgte fænomener.

Fænomenet opfattes ud fra den livsverden, respondenterne befinder sig i. Livsverdenen karakteriseres ud fra den forståelse, ledere og medarbejdere har af deres rolle i det tværgående arbejde med rehabilitering og ikke mindst, hvordan de opfatter deres samarbejdspartneres rolle i samarbejdet om rehabiliteringsindsatsen. Som det beskrives af Kvale og Brinkmann (2009):

"Når det drejer sig om kvalitativ forskning, er fænomenologi i almindelighed et begreb, der peger på en interesse i at forstå sociale fænomener ud fra aktørernes egne perspektiver og beskrive verden, som den opleves af informanterne, ud fra den antagelse, at den vigtige virkelighed er den mennesker opfatter." (Kvale & Brinkmann 2009:44).

Den fænomenologiske tilgang anvendes for at afdække feltet i de facetter, som ikke direkte kan observeres. Der arbejdes i specialet ud fra en ontologisk forståelse af, at vi eksisterer uafhængigt af virkeligheden, men at virkeligheden er kompleks, kontekstuel og niveaudelt (Ingemann 2013:161).

Inden for den filosofiske tilgang, som her anvendes, kan et givent fænomen have forskellige former, afhængigt af den livsverden, hvori aktørerne eksisterer. Fænomenets væsen findes i det, der er

konstant under de forskellige variationer (Kvale & Brinkmann 2009:44). Som skrevet i metodeafsnittet, indsamles empirien ved interviews. Det er netop ud fra interviewpersonernes livsverden og ud fra *deres* perspektiver, at vi forsøger at forstå samarbejdet i rehabiliteringsindsatsen (Kvale & Brinkmann 2009:45). Den indsamlede empiri forstås dermed ud fra aktørernes virkelighed, hvorfor det *sagte* vil være fundamentet for analysen. Analysen vil koble de beskrevne fænomener med den teoretiske begrebsforståelse om grænseflader og relationel koordinering af henholdsvis Brown og Gittel, som i nedenstående teoriafsnit vil blive præsenteret.

5.4 Efterrationalisering

Med udgangspunkt i den kvalitative metodes forskningsinterview vil følgende afsnit belyse kvaliteten af den indsamlede empiri. Intentionen er at tydeliggøre og sikre en kohærens i hele forskningsprocessen. Dette vil særligt være fra den indledende undersøgelsestilgang, problemstilling, problemformulering, adgang til informanter, udførelse af interviews samt bearbejdning af interviewempirien i analysen. Derved vil efterrationaliseringen tage udgangspunkt i en vurdering af reliabilitet, validitet samt generalisering. Blandt andet fremhæves det, at disse kvalitetsparametre lægger sig inden for de kvantitative studier (Bryman 2012:390), hvorfor det inden for de kvalitative studier i stedet kan diskuteres i henhold til transparens, gyldighed og genkendelighed (Tanggaard & Brinkmann 2015b:522). Nedenstående vil derfor med udgangspunkt i kvalitetsparametrene vurdere kvaliteten af den indsamlede empiri.

5.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om, hvordan vores forskningsstudiet kan repliceres. Som udgangspunkt er det svært at vurdere, om specialets indsamlede empiri kan repliceres. Det skyldes, at det kan være svært at frembringe den samme sociale konstruktion, hvori interviewene er foretaget (Bryman 2012:390). I stedet skal det være muligt for andre læsere at gennemskue vores intentioner under hele forskningsprocessen (Tanggaard & Brinkmann 2015b:523). Til en start har vi gennem de indledende undersøgelser kunnet udlede, at der findes samarbejdsudfordringer i rehabiliteringsarbejdet, hvorfor udformningen af specialets problemformulering baseres på den udledte problemstilling. Netop for at skabe transparens har vi forsøgt at skabe metodiske refleksioner omkring opbygning af specialet. Her har opbygningen af interviewguide været baseret på de udledte teoretiske temaer. Interviewguidesene indeholder spørgsmål ud fra temaer, hvor vi mener, kan afdække temaerne fyldestgørende. Således er interviewguiden benyttet til at afdække temaerne bedst muligt og for at undgå, at empiriindsamlingen falder uden for det ønskede formål. Spørgsmålene er dog ikke fulgt stringent, idet tilgangen er semistruktureret. Derfor har vi undervejs lavet løbende vurderinger af, hvorvidt interviewpersonerne svarer inden for temaerne. Derudover fremlægges interviewtransskriberingerne i Bilag 3-11, hvor det er muligt at læse interviewene med det sagte ord. Her har vi forsøgt at fremhæve nogle af de sociale situationer, det nogle gange kan være svært at læse sig frem til. Blandt andet har vi fremhævet, hvis interviewpersonerne griner under interviewet. Det kan dog være svært at notere, hvis informanterne laver fagter, eller på anden vis forsøger at illustrere noget. Dette er

ikke noteret i interviewguiden. Et andet perspektiv er, at den metodologiske tilgang tilsiger, at vi analyserer på det sagte, hvorfor det også er det, analysen baserer sig på. Derfor er det heller ikke de observerbare forhold, som analysen tager udgangspunkt i. Et tredje perspektiv hvor vi har styrket reliabiliteten er i form af bearbejdning af empirien. Eftersom bearbejdningen er foretaget af tre studerende, har der løbende været diskussioner og udlæg om, hvordan empirien skal forstås og tolkes. Idet alle har været inde over bearbejdningsprocessen, kan det siges, at der er en konsistent proces med bearbejdning. En vigtig overvejelse er her, at enighed ikke er ensbetydende med kvalitet (Tanggaard & Brinkmann 2015b:525). Til gengæld kan det siges, at bearbejdningen er ud fra de teoretisk udledte temaer, hvorfor disse har været en måde at skabe en kvalitetssikring.

5.4.2 Validitet

Når vi taler om forskningens validitet, er der tale om, at vi indfanger den relevante empiri til besvarelse af problemformuleringen. Altså hvorvidt vi undersøger det, vi ønsker at undersøge (Kvale & Brinkmann 2009:278). Det vil sige, om vores forskningsmetode og empiriindsamling har ført til bias (Tanggaard & Brinkmann 2015b:527). Som det er med reliabilitet, har vi ligeledes gennem hele forskningsprocessen forsøgt at sikre validiteten. Den empiriske indsamling er foretaget ved informantinterview samt fokusgruppeinterview. Det er gjort ud fra den fænomenologiske tilgang om, at interview bedst kan indfange interviewpersonernes perspektiver og forståelse om samarbejdsudfordringer i rehabiliteringsarbejdet. Ikke blot kan der være afvigelser i indsamlingsempirien, men der findes også afvigelser ved adgang til informanter. Her kan en gatekeeper eksempelvis styre vores adgang til den nødvendige empiri.

I fokusgruppeinterviewene af medarbejdere i afdelingen Afklaring og Forebyggelse ønskede fagkonsulenter for henholdsvis selvhjælpsterapeuterne og selvhjælpskoordinatorerne selv at udvælge medarbejdere. I fokusgruppeinterviewet med Udskrivningsenheden og hjemmesygeplejen udpegede lederne selv deres medarbejdere til interviewene. Hos hjemmeplejen fik vi kontakt til en fagkonsulent, som videreformidlede vores forespørgsel til lederen. Lederen udvalgte efterfølgende hendes medarbejdere til et fokusgruppeinterview. Kontaktpersonerne, vi blev henvist til af gatekeeperen, har alle i højere eller lavere grad været involveret i innovationsprojektet *Den Kirurgiske Borger*. Dette kan medføre bias, idet kontaktpersonerne kan have udvalgt medarbejdere, der har et bedre kendskab til rehabiliteringsarbejdet, og muligvis er mere positivt indstillet over for det tværgående samarbejde. Derudover kan de udvalgte medarbejdere også have en tilgang om at være

mere omstillingsparate sammenlignet med deres kollegaer. Denne risiko kunne minimeres, hvis vi selv havde taget kontakt til medarbejdere i de enkelte afdelinger. De medarbejdere ville dog være nødsaget til at bede om lov til at deltage fra deres leder, hvorfor vi muligvis ville ende med samme bias. Endvidere ville dette gøre arbejdsprocessen endnu mere omfattende og besværlig, og der ville være markant højere risiko for, at de respektive interviews ikke var lykkedes.

Der har været en del overvejelser ved udførelsen af fokusgruppeinterviews med medarbejderne hos de respektive afdelinger. Det kunne frygtes, at der kunne være risiko for, at medarbejderne vil forsøge at svare det, de tror, vil være det *rigtige* svar, frem for det reelle svar, herunder deres oplevelse af samarbejdet om rehabilitering. Fokusgruppeinterviews med medarbejderne er blandt andet foretaget med forhåbningen om, at interviewpersonerne kan fortælle om deres oplevelser og for at få medarbejderne til at interagere med hinanden, så vores tilstedeværelse ikke lægger et utilsigtet pres på at svare korrekt, men i stedet ærligt.

Ligeledes kan det i lederinterviewene heller ikke afvises, at der eksisterer bias, hvor lederne er mere positivt stemte over for rehabilitering og det tværgående samarbejde. De kunne desuden have en intention om at fremstille deres egne medarbejderes indsats mere positivt, hvorimod de kunne skildre, at samarbejdspartnere ikke levede op til deres forventninger til rehabiliteringssamarbejdet. Vi har været meget opmærksomme på denne risiko, men vi har ikke observeret en tydelig bias i lederinterviewene. Vi vurderer derfor, at vi med vores forskningstilgang formår at indfange det ønskede, uden at det har påvirket empirien.

Ved videre refleksion kunne vi have inddraget flere interviewpersoner til vores fokusgruppeinterviews, hvor vi blandt andet kunne have fået flere perspektiver til undersøgelsen. Vi forsøgte til en start at lave en efterspørgsel på mellem tre til fem medarbejdere, hvorefter kontaktpersonen selv kunne udvælge antallet. Vores overvejelse var, at idet der skulle afsættes en del medarbejdere samtidig til et interview, ville vi gerne imødekomme, at de kunne være fleksible, således kontaktpersonen kunne afsætte de nødvendige medarbejdere, uden at det ville have indflydelse på afdelingens arbejde. Det resulterede i, at der kom en variation på mellem to til fire medarbejdere i vores fokusgruppeinterviews. Her kan der blandt andet være en variation til den udledte empiri. Det har dog ikke været en problematik for empiriens validitet, idet svarene er fyldestgørende. Men det ville klart

være en fordel med flere interviewpersoner og dermed flere forskellige perspektiver til samarbejdsudfordringer.

Endvidere kunne vi have medtaget planlæggere i hjemmeplejen. Vi oplevede undervejs i interviewene, at planlæggere har en del af kontakten og kommunikationen med samarbejdspartnere. Det kunne derfor have været gavnligt at få en planlægger med i vores fokusgruppeinterview sammen med hjemmeplejere. Derved kan samarbejdet i grænseflader med netop hjemmeplejen komme mere til udtryk, idet en del konflikter og samarbejdsudfordringer baserer sig på, at der kan være manglende formidling og kommunikation fra hjemmeplejens side. Vi har ved begyndelsen fastholdt, at det har været medarbejdernes perspektiver til samarbejdsudfordringer, som vi ønskede at indfange. Derved har vi først ved processen af empiribearbejdningen indset, at dette kunne være relevant. Vi har endvidere også måttet erkende, at det vil være ressourcekrævende at foretage et nyt fokusgruppeinterview med medarbejdergruppen i hjemmeplejen. Samtidig ville det heller ikke være muligt inden for specialets tidsramme.

5.4.3 Generalisering

Eftersom forskningsmetoden er opbygget ved et single casestudie, kan det være svært at generalisere til forskel for et komparativt eller multiple casestudie (Antoft & Salomonsen 2012:). Man kan sige, at casestudiet ikke er bygget op omkring at verificere eller falsificere teser om samarbejdsudfordringer i rehabiliteringsforløbet (Flyvbjerg 2015:506). Vi har som tidligere nævnt anlagt os en fænomenologisk tilgang, som anlægger en deskriptiv forståelse af interviewpersonernes perspektiver. Det betyder, at specialet ikke direkte forsøger at generalisere, men anlægger en forståelse om, at undersøgelsen kan frembringe vigtige og interessante perspektiver med samarbejdsudfordringer i Ældre- og Handicapforvaltningen. Vi lægger os op ad Bent Flyvbjergs generaliseringsforståelse til casestudier om, at det ikke er et forsøg på at generalisere, men skal være et bidrag til det videnskabelige felt (Flyvbjerg 2015:505). Blandt andet kan man her tale om, hvorvidt der er en gyldighed i specialets udledninger i forhold til en generalisering. Casen baserer sig på samarbejdsudfordringer inden for en politisk organisatorisk, forvaltning i Aalborg Kommune, hvor det kan være svært at udlede, hvorvidt dette kunne forekomme andre steder. Det skyldes, at kommuner har selvstyre, hvorfor arbejdet med rehabilitering er politisk og organisatorisk forskelligt mellem kommuner. Det fremkommer eksempelvis i en undersøgelse af Kjellberg et al. (2013), er der er vidt forskellige måder at organisere rehabiliteringsindsatser i kommunerne. Derudover fremgår det af specialet

problemfelt, at eksempelvis Rostgaard & Graff (2016), Kjellberg & Graff (2017) samt Lauritzen et al. (2017) udleder organisatoriske samarbejdsudfordringer mellem forskellige faggrupper. Derved kan man ikke sige, at samarbejdsudfordringer er et specielt fænomen i Aalborg Kommune. Men medarbejdernes perspektiver til samarbejdsudfordringer i det tværgående rehabiliteringsarbejde er ikke nødvendigvis de samme i andre kommuner, hvis vi fortsat anlægger det i den fænomenologiske position.

6. Teori

I det senere analyseafsnit vil det blive vurderet, hvad der skaber de udfordringer, som synes at eksistere i det tværgående samarbejde om rehabilitering. Til at identificere disse udfordringer, vil der blive taget udgangspunkt i specialets to teoretiske tilgange. De to perspektiver vil anvendes til at beskrive, hvad der skaber udfordringer, samt hvordan udfordringerne kan afhjælpes.

Første del af teoriafsnittet vil beskæftige sig med det første teoretiske perspektiv, som bygger på L. David Browns forståelser af grænseflader. Her vil det blive belyst, hvilke konflikttyper der kan opstå i de organisatoriske grænseflader, samt hvordan afdelinger kan agere i samarbejdssituationer, hvor konflikter opstår opstå. kan agere i samarbejdssituationer, hvor konflikter opstår opstå.

Relationel koordinering er opgavens andet teoretiske perspektiv, som bygger på Jody Hoffer Gittells forståelser af tværorganisatorisk og tværfagligt arbejde. Her fokuseres der på, hvordan skabelsen af stærkere relationer samt kommunikation kan fungere som en løsning på det stigende effektiviseringspres, som organisationer står overfor.

6.1 Grænseflader

I Aalborg Kommunes arbejde med rehabilitering er der flere afdelinger, som er involveret i arbejdet med borgernes rehabiliteringsforløb. Specialet analyserer her på, hvordan Udskrivningsenheden, Afklaring og Forebyggelse, hjemmesygeplejen samt hjemmeplejen samarbejder ud fra Browns konfliktindhold. Det betyder, at teorien vil danne udgangspunkt for at identificere samarbejdsrelationer mellem afdelingerne i rehabiliteringsarbejdet, hvortil der lægges vægt på, hvilken type konflikt samarbejdsrelationerne indeholder.

I det nærværende afsnit vil der blive taget udgangspunkt i Browns grænseflade- og konflikttyper, der skaber en analyseramme og begrebsapparat med henblik på ikke blot interorganisatoriske grænseflader, men beskæftiger sig også med grænseflader internt i organisationer.

6.1.1 Forudsætning for grænseflader

Overordnet set kan organisatoriske grænseflader forstås ud fra tre typer. Den ene type er konkurrerende afhængighed, der nødvendiggør en interaktion mellem to eller flere rivaliserende organisationer. Den anden grænsefladetype kan findes i en samarbejdende afhængighed, hvor organisationer drager fordele af hinanden. Den tredje grænsefladetype kan opstå mellem to organisationer,

hvor samarbejdet er pålagt af en magtfuld tredje part (Brown 1983:218). Parternes interesser, tidligere samarbejde og opmærksomheden fra øvrige parter kan påvirke organisationers interaktion og herved deres grænseflader. Således kan grænseflader variere mellem blandt andet at have en stærk kontrol over informationer og arbejdsdeling, hvor man ikke ønsker at dele eksempelvis følsomme oplysninger uden for grænsefladen. Lige så vel kan grænseflader være mindre bundet, idet det kan være en fordel med stor aktivitet af inputs og outputs til grænsefladen, hvor eksempelvis informationer kan bidrage til at højne den faglige diskussion i grænsefladen (Brown 1983:219). Vi kan derfor forstå grænseflader som forskellige, hvorfor sammenhængen mellem organisationerne er forskellige og varierende. Organisationer, som indgår i grænseflader, kan være komplekse, simple, foranderlige, modtagelige og modsætningsfyldte, fordi der kan være forskellige opfattelser af konflikter og interesser (Brown 1983:219-220).

6.1.2 Konflikt

Konflikt er en central begrebsforståelse for Browns teoretiske tilgang til grænseflader. Her skal konflikter forstås ud fra adfærd og interesser. Interesser er:

"[...] Recognized and unrecognized stakes that are affected by the interaction of parties" (Brown 1983:4)

Det vil sige, at der er fælles interesser mellem organisationer, hvor parterne har og/eller får en fordel ved interaktionen. Yderligere kan der være tale om en interaktion, hvor den ene part drager fordel på bekostning af den anden part. Typemæssigt kan det udledes, at interesser mellem organisationer kan kategoriseres med enten konfligerende eller fælles interesser (Brown 1983:4). Interaktionen mellem parterne defineres af, hvordan de vurderer interessebalancen. Der kan blandt andet være en prioritering af at fokusere på kortsigtede frem for langsigtede interesser. Endvidere kan der også være en fejlfortolkning af egeninteresser og andres interesser (Seemann & Antoft 2002:43).

Udover interesser er adfærd også et vigtigt element ved konfliktforståelsen. Adfærd kan forstås som både overensstemmende og uoverensstemmende. Den uoverensstemmende adfærd skal i denne henseende forstås som:

"Action by one party intended to oppose or frustrate the other party" (Brown 1983:4).

Derved kan uoverensstemmende adfærd føre til sabotage, vold eller krigsfærd, hvilket kan skyldes manglende opbakning, åbenlyse uenigheder eller debatter. Her er adfærd relativ let at observere, mens interesser modsætningsvis kan være utydelige (Brown 1983:5).

Med andre ord kan uoverensstemmende adfærd være en bevidst handling for at skade eller genere de andre parter. Til gengæld kan en tilfældig frustrerende adfærd over for den anden ikke ses som en uoverensstemmende adfærd. Det kan dog være tilfældet, hvis den "tilfældige" frustrerende adfærd er vedvarende (Brown 1983:5).

Ud fra de konflikter der skabes på baggrund af interesser og adfærd, kan der udledes følgende fire typer af konflikter, jf. nedenstående Tabel 2.

Tabel 2

Typer af konflikter	Interesser		
		Forskellig	Fælles
Adfærd	Uoverensstemmelse	Konflikt	Falsk konflikt
	Overensstemmelse	Latent konflikt	Ingen konflikt

(Kilde: Brown 1983:6)

Som det fremstår af ovenstående tabel, kan det udledes, at *konflikt* forekommer, når organisationer både har uoverensstemmende adfærd samt forskellige interesser. Hvis ikke der hverken er modstridende interesser eller uoverensstemmende adfærd, er der *ingen konflikt*. Derudover forekommer *latent konflikt*, når forudsætningen er, at der er forskellige interesser, mens adfærden er forenelig. Modsætningsvis når adfærden ikke er forenelig, men der er fælles interesser, er der *falsk konflikt*, da organisationerne er uenige, trods at de har fælles interesser.

Det udledes af Brown, at det overordnede fokus er *konflikt*, som er et udtryk for uoverensstemmende adfærd og forskellige interesser, som det fremkommer af ovenstående tabel 2. Det vil i nærværende afsnit også være udgangspunktet, når konflikter fremhæves i grænseflader. Dog fremhæves det af Brown, at *falsk konflikt* og *latent konflikt* ikke kan udelukkes, da disse konflikttyper hurtigt kan udvikle sig til *konflikt* (Brown 1983:6).

6.1.3 Under- og overorganisering

Når der tales om grænseflader mellem organisationer, kan grænseflader have varierende typer af organisering. Eksempelvis er grænseflader overensstemmende, når interaktionen er ikke-konfligerende. Derimod er grænseflader i konflikt, hvis der er en under- eller overorganisering (Brown 1983:23). Grænseflader mellem organisationer kan forstås som en arena for aktører at interagere i (Brown 1983:1). Eksempelvis opstår der grænseflader, når organisationer deler opgaveløsninger, og har brug for hinanden for at løse opgaven (Brown 1983:22). Disse grænseflader er relevante at ansøge, idet tværgående samarbejde observeres i Aalborg kommunes rehabiliteringsindsats. Som beskrevet i afsnittet *Casebeskrivelse* arbejdes der med fem forskellige aktører i rehabiliteringsindsatsen, som på tværs danner forskellige grænseflader. I disse grænseflader er der potentiale for konflikter som kan være under-, over- eller moderat organiserede.

Den overorganiserede grænseflade defineres ved en stram styring med lukkede grænseflader. De generelle problemforståelser der fremstår ved overorganiserede grænseflader, er svag mulighed for innovation og manglende fleksibilitet i eksempelvis opgavehåndteringer. De lukkede grænseflader medfører svag informationsudveksling, hvilket kan medvirke til uddateret information, når informationer forsinkes i den lukkede grænseflade (Brown 1983:28). Endvidere begrænser det grænsefladerepræsentanternes interaktioner, idet de har stor autonomi, og derfor er mindre fleksible ved omstillinger og ændringer i omgivelserne (Seemann & Antoft 2002:45). I denne type grænseflade kan der være undertrykkelse og manglende erkendelse af konflikter, her i blandt latent konflikt, hvorfor der kan forekomme en asymmetri i grænsefladerepræsentanternes interaktioner. Den store grad af autonomi er imidlertid også et udtryk for, at man er robust for forandringspres fra omgivelserne (Brown 1983:29). Det kan skyldes, at organiseringen er stramt styret med en centraliseret ledelse, som er indiskutabel. Stram styring er kendetegnet ved en stærk struktur i form af vertikale led til de øvrige parter. Den giver en klar enighed og overensstemmelse om mål og autoriteter, men kan dog medføre svag villighed til at følge forandringer fra omgivelserne, som grænsefladerepræsentanterne alligevel ikke har indflydelse på (Seemann & Antoft 2002:45). Denne type overorganisering i grænsefladen forekommer, når der er konflikt i form af *interorganisatorisk aftalt-spil* hvilket vil blive gennemgået i det efterfølgende afsnit *Grænsefladekonflikter*.

I modsætning til den overorganiserede grænseflade kan den underorganiserede grænseflade defineres ved en svag styring. De problemer, som fremkommer af den svage styring, er, at der er åbne

grænseflader. Det har den betydning, at grænsefladerne ofte er defineret uklart med dårlig kontinuitet. Informationsdelingen i grænsefladen mellem organisationer kan virke overvældende, da mængden er stor, hvilket gør det svært at sortere mellem relevant og irrelevant information (Brown 1983:27). Et andet aspekt er, at mål og autoriteter ofte fremstår uklare med manglende formel regulering. Den svage regulering gør, at der kan være uenighed om, hvem der har autoriteten, hvorfor mål i grænsefladen kan være udefinerede eller konfligerende. Der er ustrukturerede reguleringer og uformelle interaktionsnormer, hvorfor grænsefladerepræsentanternes udgangspunkt for samarbejde i grænsefladen er udefineret, fragmenteret eller konfligerende. Det skaber uklare forhold for samarbejde i grænsefladen, hvor parterne i yderste konsekvens ikke deler en fælles opgavehåndtering i grænsefladen blandt repræsentanterne (Brown 1983:28). Grænsefladen bliver i sidste ende ét med den kaotiske omverden, som den egentligt skulle kunne håndtere og adskille sig fra (Brown 1983:28, Seemann & Antoft 2002:44). Dog kan det siges, at den underorganiserede grænseflade giver grænsefladerepræsentanter muligheden for at agere ud fra deres faglige skøn, og endvidere giver det fleksibilitet i opgaveløsningen (Brown 1983:28).

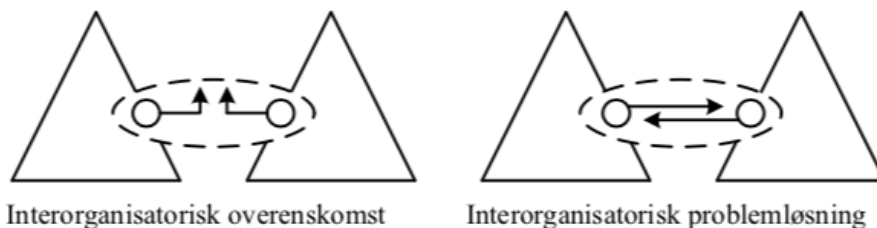
De underorganiserede grænseflader findes i både *interorganisatorisk isolation*, som er kendetegnet ved for lidt konflikt, og *interorganisatorisk krigsadfærd* som er defineret ved for meget konflikt. Uddybningen af disse vil i det følgende afsnit blive gennemgået.

6.1.4 Grænsefladekonflikter

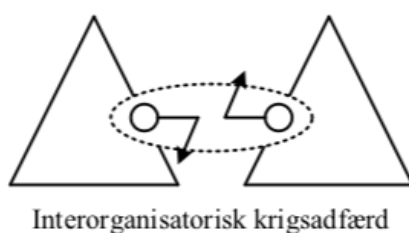
I ovenstående fremstår konflikt som ødelæggende for samarbejdet i en grænseflade. Konflikter kan dog lige såvel være en forudsætning for et godt samarbejde i en grænseflade, hvilket Brown definerer som produktive konflikter. Produktive konflikter er kendetegnet ved en passende og produktiv konflikt i form af enten *interorganisatorisk overenskomst* (oversættelse i Seemann & Antoft 2002:46) eller *interorganisatorisk problemløsning* (oversættelse i Seemann & Antoft 2002:46). Ved en produktiv konflikt er der en kontrolleret styring i input og output, hvor der skabes fælles forståelser for opgaver og informationsdeling (Brown 1983:226).

Figur 1

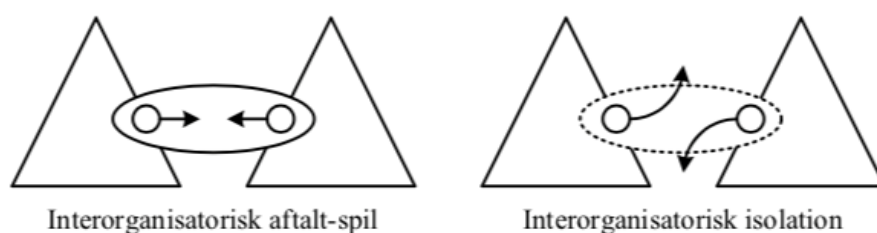
Produktiv konflikt



For meget konflikt



For lidt konflikt



(Kilde: Brown 1983:225)

6.1.4.1 Interorganisatorisk overenskomst

I *interorganisatorisk overenskomst* som er den ene produktive netværksrelation, er der en anerkendelse af hinandens fælles interesseværdier såvel som de konfligerende interesser. Grænsefladen er moderat organiseret, som den stiplede linje i *Figur 3* indikerer. Med en moderat organiseret grænseflade er der kontrol over input og output i grænsefladen og begrænsninger i repræsentanternes interaktioner. Information og kommunikation mellem parterne er velovervejet i den *interorganisatoriske overenskomst*. Selvom parterne prøver at kontrollere den anden parts handlemuligheder i sådan en grænseflade, fordi de er rivaliserende og har konfligerende interesser, er der en fælles forståelse om, at de hver især har sine begrænsninger, men at de i fællesskab kan finde kompromiser. Dette foregår dog under en forudsætning af, at ingen ønsker at fremprovokere konfligerende interesser, der tidligere kan have begrænset hinanden i grænsefladen (Brown 1983:226). Ved den interorganisatoriske overenskomst er der som udgangspunkt et fokus på problemstillinger,

angående hvem der vinder ved at tilegne sig mere på bekostning af andre (Brown 1983:223). Selvom parterne har deres interessemodsætninger, forefindes der en fælles accept, hvilket bringer parterne i forhandlinger om at finde fælles løsninger (Brown 1983:226).

6.1.4.2 *Interorganisatorisk problemløsning*

Den anden af de produktive konflikter er *interorganisatorisk problemløsning*. Den bringer, til forskel fra interorganisatorisk overenskomst, parterne sammen om fælles interesser, fordi de opfattes som vigtigere end konfligerende interesser. Med baggrund i fælles interesser arbejder parterne sammen om at være åbne over for hinanden og med høj allokering af informationer. Hvorimod parterne ved alternative løsninger finder et resultat, som kommer involverede parter til gode (Brown 1983:224). Den har såvel som *interorganisatorisk overenskomst* en moderat organiseret grænseflade med kontrollerede inputs og outputs. Forskellen er dog, at der her findes høj informationsdeling mellem parterne, som sikrer, at man forhandler et resultat, der fremmer hinandens interesser (Brown 1983:226).

Det udledes, at disse to typer af netværksrelationer kræver, at parterne har en pragmatisk indstilling i grænsefladen. Det skyldes, at de fagprofessionelle typisk vil se problemløsninger ud fra deres egne overbevisninger, hvor de kan ende med at 'se sig blind' for kompromisser i interprofessionelle og interorganisatoriske problemløsninger (Seemann & Antoft 2002:46). Derved kan den ene part ende med at være en hæmsko for hele det interorganisatoriske samarbejde i grænsefladen, fordi man fastholder en logik om sin egen faglige overbevisning uden at være opmærksom på andres faglige input.

6.1.4.3 *Interorganisatorisk krigsadfærd*

Mens ovenstående er udledninger på produktive konflikter, findes der ifølge Brown også destruktive konflikter. Dette skyldes, at der enten er for lidt eller for meget konflikt i en grænseflade.

For meget konflikt er et udtryk for, at organisationer udvikler konflikter, som ofte ender ud med bitre modsætninger. Denne type betegnes som *interorganisatorisk krigsadfærd*. Modsætningsforholdet i grænsefladen kan true enten begge eller den ene parts autonomi og overlevelse (Brown 1983:221). Interorganisatorisk krigsadfærd er præget af mistillid og disrespect mellem organisationerne. Tilstanden vil ofte opstå, hvis der er to lige stærke organisationer, hvorfor de ender med at føre krigsadfærd mod hinanden. Dette kan føre til, at de ikke blot udmatter hinanden, men kan

derudover også påvirke en tredje part. Parternes handlinger er modsatrettede, hvilket medfører distanceeskalering og tiltagende spændinger, som de afvigende pile i *Figur 3* viser. Endvidere er grænsefladen underorganiseret, hvilket i *Figur 3* illustreres ved den prikkede linje. Denne underorganisering medfører en øget eskalering af konfrontationer (Seemann & Antoft 2002:47, Brown 1983:224).

6.1.4.4 *Interorganisatorisk aftalt-spil*

I modsætning til interorganisatorisk krigsadfærd kan der også være for lidt konflikt i grænseflader. Der findes der to konflikttyper med for lidt konflikt, i form af *interorganisatorisk aftalt-spil* og *interorganisatorisk isolation* (oversættelse i Seemann & Antoft 2002:47).

Interorganisatorisk aftalt-spil er i en interorganisatorisk sammenhæng et udtryk for, at parterne undertrykker deres forskelligheder, hvilket underminerer den ene eller begge parters autonomi (Brown 1983:222). Der er en ikke-udtrykt erkendelse om, at der foregår noget dårligt, men ingen ønsker at intervenere for at ændre det (Seemann & Antoft 2002:47). Et sådant forhold kan betyde, at der forekommer en utilsigtet sammensmeltning af organisationer, som kommer til at undertrykke vigtige og signifikante forskelligheder. Det har ikke blot en direkte påvirkning på grænsefladerne mellem parterne, men kan også utilsigtet få konsekvenser for en tredje part (Brown 1983:222). Som det også fremgår af *Figur 3*, er denne netværksrelation kendetegnet ved en overorganiseret grænseflade. Overorganiseringen begrænser parternes interaktioner, hvoraf informationsstrømmen mellem parterne er begrænset. Det kan endvidere udledes, at den begrænsede interaktion minimerer parternes individuelle handlemuligheder, hvorfor forudsætninger for at være omstillingsparate forringes (Brown 1983:225-226).

6.1.4.5 *Interorganisatorisk isolation*

Ved interorganisatorisk isolation trækker parterne sig fuldstændigt tilbage på baggrund af hinandens forskelligheder, men opretholder dog en falsk tværgenorganisatorisk afhængighed. Organisationer erkender ikke fælles problemer, hvorfor de heller ikke vil blive løst. Som det er illustreret i *Figur 3* med de afvigende pile, vil parterne så vidt muligt undgå interaktioner, der kan føre til uenigheder eller overkomme fælles problemer (Brown 1983:223). Derudover viser den prikkede linje en underorganiseret grænseflade, som illustreret i *Figur 3*, hvorfor partnerne ingen konsekvenser oplever ved at trække sig væk fra et samarbejde. En sådan konfliktform kan være i form af

handlingslammelse, hvor ingen af parterne er tilfredse, men heller ikke er i stand til at påvirke og dominere netværksrelationen (Seemann & Antoft 1983:47). Da denne konflikttype fremstår ved for lidt konflikt, kan det siges, at forholdet ikke er konfronterende, hvorfor parterne tilegner sig en tilbagetrukket interaktion i grænsefladen.

6.2 Relationel Koordinering

Øgede krav til effektivitet er noget der opleves inden for såvel den private, som den offentlige sektor, heriblandt sundhedssektoren. Ifølge Jody Hoffer Gittell, der står bag udviklingen af begrebet *relationel koordinering* (Hornstrup & Madsen 2015:7), er der to arketyperiske måder, hvorpå organisationer kan reagere på de øgede effektivitetskrav. Den første arketype er *low road-strategier*, hvor fokus er på at mindske forbruget blandet andet gennem lavere lønninger og dårligere arbejdsforhold. Den anden arketype er *high-road-strategier*, hvor man i stedet ønsker at effektivisere ved at investere i mere effektive løsninger, der baseres på at forbedre koordineringen mellem interessenter (Gittell 2016:15). Derfor er relationel koordinering en high-road-strategi, da essensen er, at der skal investeres tid og ressourcer i at forbedre samarbejdet mellem medarbejderne.

Baggrunden for at indføre relationel koordinering er, at det kan hjælpe med at bibringe holistiske sociale identiteter (Gittell 2016:42). Det kan det gøre, fordi relationel koordinering kan bruges til at skabe en stærkere tværfaglig og tværorganisatorisk samarbejdskultur (Hornstrup & Madsen 2015:7).

Der er blandt andet tegn på, at medarbejdere, der arbejder relationelt koordinerende, har bedre samarbejde og større tilfredshed med det arbejde, der udføres af kollegaer i 'lavere' stillinger i organisationen (Gittell 2016:39). Vigtigheden af dette kommer særligt til udtryk, når autoritet skal fordeles, da det derved vil være lettere at tildele autoritet til medarbejdere, der er lavere i statushierarkiet, når der er tillid til og tilfredshed med det arbejde, de udfører.

Det er dog ikke altid, at relation koordinering er den optimale måde at arbejde på i en organisation. Der kan således udledes kriterier, der er afgørende for, at det giver mening at arbejde relationelt koordinerende. Først og fremmest er relationel koordinering relevant, når opgaven er kompleks. Det vil sige, at opgaven går på tværs af faggrupper, afdelinger og/eller sektorer, grundet at ingen af disse aktører har mulighed for at løse opgaven alene. Idet ingen aktør kan løse opgaven alene, er det altså opgaver, hvor aktørerne er gensidigt afhængige af hinanden (Hornstrup & Madsen 2015:22). Samtidig er det relevant at arbejde med relationel koordinering, når der er uenighed om, hvordan arbejdsopgaven løses bedst på tværs af interessenter. Relationel koordinering kan altså skabe en fælles forståelse i organisationen, som sætter rammen for arbejdet og hjælper til, at medarbejderne arbejder i samme retning på trods af divergerende arbejdsopgaver, arbejdskulturer og

lignende (Hornstrup & Madsen 2015:22). Desuden er relationel koordinering også relevant at arbejde med i situationer, hvor der er ressourcepres eller tidspres. Her kan relationel koordinering hjælpe med at skabe mere effektive løsninger på de eksisterende problemstillinger ved eksempelvis at mindske det ressourcespild, der kan opstå, når medarbejderne bevidst eller ubevidst modarbejder hinanden, eller når medarbejdere bruger ressourcer på at opnå noget viden, som allerede eksisterer i organisationen (Hornstrup & Madsen 2015:22).

Arbejdet med rehabilitering i Aalborg Kommune vurderes til at inkludere alle ovenstående kriterier. Det rehabiliterende arbejde er således en tværfaglig og tværorganisatorisk proces, der, som nævnt i *Problemfelt*, opererer under klare effektiviseringskrav, og hvor aktørerne kan have forskellige perspektiver på, hvordan opgaverne bedst løses blandt medarbejderne.

Som tidligere nævnt er relationel koordinering, den kommunikation og de relationer, som medarbejderne bruger til at arbejde helhedsorienteret (Gittell 2016:16-17). Konkret består relationel koordinering af syv dimensioner, hvoraf tre er relationelle, mens fire er kommunikative (Gittell 2016:26, Hornstrup & Madsen 2015:23). De tre relationelle dimensioner er: Fælles mål, fælles viden og gensidig respekt for hinandens bidrag, som skal sikre, at medarbejderne arbejder sammen om at løse de givne problemstillinger. Samtidig skal disse tre relationelle dimensioner danne grundlag for udviklingen af god kommunikation (Gittell 2015:25). Kommunikation kan som nævnt opdeles i fire dimensioner: Hyppig kommunikation, rettidig kommunikation, præcis kommunikation og problemløsende kommunikation (Hornstrup & Madsen 2015:23). Disse skal samtidig sikre, at medarbejderne formår at kommunikere på en måde, som styrker de relationelle dimensioner. De relationelle og kommunikative dimensioner påvirker og forstærker altså hinanden, og derfor er alle dimensioner vigtige, hvor et forbedret samarbejde mellem medarbejderne for at skabe effektivisering tilstræbes. I de følgende to afsnit vil det blive uddybet, hvad der skal forstås ved hver af de syv dimensioner, der danner grundlag for relationel koordinering.

6.2.1 De tre relationelle dimensioner

6.2.1.1 Gensidig respekt

Om der eksisterer gensidig respekt, vurderes ud fra, om aktørerne har respekt for andre faggruppers bidrag til opgaveløsningen, og om de samtidig oplever, at der er respekt for den del af opgaven, de står for. Mangel på gensidig respekt og tillid aktørerne imellem kan ikke bare svække samarbejdet,

men også engagementet fra de aktører, som ikke føler, at deres del af opgaveløsningen bliver værdsat (Hornstrup & Madsen 2015:25).

6.2.1.2 Fælles mål

Fælles mål henviser til, om de respektive aktører oplever, at der er fælles mål og prioritering i opgaveløsningen. Manglen på fælles mål og prioritering kan føre til, at aktører handler ud fra individuelle interesser, hvorved opgaveløsningen kan blive fragmenteret. Hvis ikke der arbejdes mod fælles mål, er risikoen, at den samlede opgaveløsning bliver ineffektiv eller fejlbehæftet (Hornstrup & Madsen 2015:24-25).

6.2.1.3 Fælles viden

Fælles viden beskriver, hvorledes organisationens forskellige faggrupper eller afdelinger har kendskab til de andre aktørers opgaver og faglighed. For at danne fælles viden er det nødvendigt, at aktører deler deres viden, og der er opmærksomhed på, hvordan aktørerne sammen kan skabe en helhedsorienteret opgaveløsning (Hornstrup & Madsen 2015:25).

6.2.2 De fire kommunikative dimensioner

6.2.2.1 Præcis kommunikation

En præcis kommunikation betyder, at den er let anvendelig og målrettet de aktører, som kunne have gavn af den. Den skal altså være tydelig og konkret, så andre faggrupper har mulighed for at bruge den uden at skulle tolke på, hvad aktørerne havde af overvejelser, da de overleverede informationen (Hornstrup & Madsen 2015:24).

6.2.2.2 Hyppig kommunikation

Denne dimension omhandler, hvorledes den givne information deles mellem aktørerne med en passende hyppighed til at sikre en glidende opgaveløsning. For sjælden kommunikation medvirker til, at aktørerne mangler vigtig viden i opgaveløsningen, mens for hyppig kommunikation kan føre til ressourcespild, ved brug af unødigt mange ressourcer til at kommunikere frem for i selve opgaveløsningen (Hornstrup & Madsen 2015:24).

6.2.2.3 Rettidig kommunikation

Hvis kommunikationen er rettidig, giver den mulighed for, at andre aktører kan bruge den i deres arbejde. Kommunikationen, som ikke er rettidig, risikerer derimod at ende med ikke at blive brugt,

fordi informationen ikke var tilgængelig, da den var nødvendig i opgaveløsningen (Hornstrup & Madsen 2015:24).

6.2.2.4 *Problemløsende kommunikation*

Problemløsende kommunikation omhandler, at aktører oplever, at kommunikationen bruges til at løse fælles problemer frem for at bebrejde andre for, at problemerne er opstået, eller ikke er blevet løst. Problemløsende kommunikation kan samtidig medvirke til, at én enkelt aktør ikke føler, at de står med hele ansvaret for en opstået problemstilling, men at problemet i stedet bliver håndteret i fællesskab, som en samlet enhed og for det fælles bedste (Hornstrup & Madsen 2015:24).

Det er i særlig grad ovenstående syv dimensioner, der vil blive operationaliseret i det senere analysefsnit. De anvendte interviewspørgsmål skal altså i større eller mindre grad indfange dimensionerne, og gøre det muligt at analysere i hvor høj grad relationel koordinering er eksisterende i Ældre- og Handicapforvaltningen i Aalborg Kommune. Derudover skal de give mulighed for at analysere, hvilke enheder i kommunen der særligt finder udfordringer ved at samarbejde med andre enheder i kommunen, og hvorfor disse udfordringer præcist opstår.

6.2.2.5 *De tre typer af relationelle dynamikker*

Relationel koordinering alene er ikke nok til at løse de udfordringer, der stilles ved øgede effektivitetskrav. Relationel koordinering vedrører kun samarbejdet mellem medarbejderne, men også samarbejde med såvel ledere som brugerne er vigtigt for at udnytte mulighederne ved relationer til fulde (Gittell 2016:18-19).

Hvor relationel koordinering er den første og mest synlige relationelle dynamik, bruges begrebet *relationelt samarbejde* til at beskrive de processer, hvor brugerne kan hjælpe med at gennemføre ydelsen for at sikre et mere effektivt resultat til glæde for såvel organisationen som brugerne. Relationelt samarbejde er den produktion, der finder sted i fællesskaber mellem medarbejdere og brugere på baggrund af relationer, der bygger på fælles mål, fælles viden og gensidig respekt (Gittell 2016:143).

Relationel ledelse beskriver den proces, hvor ledere motiverer og engagerer medarbejderne i at udøve relationel koordinering. Ledelsens indflydelse i dette henseende kan udfoldes på to måder. Den ene er ved at udvikle fælles mål og viden samt gensidig respekt *med* andre, og den anden er at udvikle fælles mål og viden *mellem* andre (Gittell 2016:68). Relationel ledelse kan altså gennem fokus

på særligt de relationelle elementer af relationel koordinering bruges til at understøtte udviklingen af relationel koordinering og relationelt samarbejde (Gittell 2016:73).

I de følgende afsnit vil der primært fokuseres på relationel koordinering, snarere end relationel ledelse og relationelt samarbejde. Dette bliver gjort, da denne opgaves fokus er på, hvordan alle medarbejderne i organisationen arbejder sammen på tværs, og ikke hvordan brugerne indgår i dette organisatoriske samspil, eller hvordan lederne påvirker det.

6.2.3 *Hvad udfordrer relationel koordinering*

Som tidligere nævnt er relationel koordinering en mulig løsning på de øgede effektivitetskrav, som organisationer oplever. Dog udfordres dannelsen af øgede relationer fra flere sider. I praksis kan alt fra medarbejderne, klienterne, lederne, forandringsagenter, samt organisationsstrukturer, således medvirke til, at organisationen ikke forandrer sig på trods af et overvejende ønske herom (Gittell 2016:23). De fleste af de udfordringer der opleves ved at udføre relationel koordinering, stammer fra den organisationsmæssige historiske ballast, der kan betegnes som *den bureaukratiske arv* (Gittell 2016:32). Med det menes der de eksisterende strukturer, arbejdsprocesser og filosofier, der gennem mange år er blevet udviklet i de traditionelle bureaukratiske silostrukturer, som udgjorde det førende organisatoriske styringsparadigme (Hornstrup & Madsen 2015:10). Imidlertid har den bureaukratiske arv besværliggjort overgangen til at arbejde med relationer og koordinering. Et eksempel på denne bureaukratiske arv ses ved, at mange organisationer har en omfattende grad af silotænkning mellem organisationens forskellige led. Dette blev skabt af et forstærket fokus på økonomi og produktivitet, og kan ses ved indførelse af eksempelvis BUM-modellen, som har medført et øget fokus på minutstyring af medarbejdernes tid (Hornstrup & Madsen 2015:10). Baggrunden for dette var et ønske om at minimere processer som usikkerhed og indbyrdes afhængighed (Gittell 2016:33). Som en konsekvens af dette blev fokus dog nærmere på egne interne mål i organisationens forskellige led. Hvorimod fokus kunne blive negligeret, på hvad der var det bedste for organisationen i et langsigtet holistisk perspektiv (Hornstrup & Madsen 2015:10). Samarbejdet var derfor ofte stærkt indenfor de enkelte funktioner men svagt på tværs af funktioner. Dette medførte den gang, såvel som i dag, at informationer havde svært ved at blive overleveret fra en afdeling til en anden, selv når opgaverne krævede en høj grad af koordinering (Gittell 2016:79). De siloopdelte afdelinger skabes endvidere, fordi medarbejdere har en tendens til at opbygge stærkere relationer med andre, der ligner dem selv og svagere relationer med dem, der ikke gør. Det er på denne

baggrund, at organisationens strukturer er vigtige, da de sørger, for at relationer ikke kun foregår på baggrund af, hvor godt medarbejderne kommer overens, eller hvor ens de er, men også med effektivitetsresultater for øje. Strukturerne skal sørge for, at relationer dannes mellem interessenter, det vil sige medarbejdere, ledere og klienter, hvor den indbyrdes afhængighed er størst, hvilket ofte vil være folk med ganske andre kompetencer, fagligheder og arbejdsområder (Gittell 2016:81). Det skal bemærkes, at medarbejdere med en større grad af relationel koordinering også som udgangspunkt vil opleve mere direkte konflikt, end det vil ses i et traditionelt bureaukrati, hvor funktionsområder er skarpt opdelte. Dette kan især blive tydeligt for organisationer, som er i overgangsfasen fra bureaukratiet over mod øget relationel koordinering (Gittell 2016:23). Imidlertid er konflikter ikke bare et problem, der skal undertrykkes. I stedet er det en mulighed for at mødes på tværs af modstridende holdninger og skabe ny viden og innovative løsninger. (Gittell 2016:89). Ifølge Mary Parker Follett forbedrer konflikter faktisk effektiviteten, hvis de opstår i en kontekst, hvor opgaverelateret konfliktløsning er mulig. Konflikter, der ikke løses eller forsøges løst, destabiliserer derimod relationerne og formindsker effektiviteten (Gittell 2016:89).

6.3 Teorioperationalisering

Med udgangspunkt i specialets problemformulering har denne undersøgelse fokus på, hvilke udfordringer der er i det tværgående samarbejde i rehabiliteringsarbejdet mellem Udskrivningsenheden, Afklaring og Forebyggelse, hjemmesygeplejen samt hjemmeplejen. For at kunne forklare samarbejdsudfordringer mellem afdelingerne tages der udgangspunkt i forklaringsfaktorer fra henholdsvis relationel koordinering og grænsefladekonflikter. Nærværende afsnit vil operationalisere en række teoretiske perspektiver med henblik på en analysestrategi, hvorfor dette afsnit også skal forstås som overvejelser til de udledte teoretiske temaer. Ud fra de Browns grænseflader og Gittells relationelle koordinering udleder vi fire temaer, der er essentielle for forståelsen af det tværorganisatoriske arbejde i rehabiliteringsforløbet i Aalborg Kommune. Med udgangspunkt i Gittells teoretiske ramme eksisterer der i organisationer med god relationel koordinering gensidig respekt, fælles mål, fælles viden samt god kommunikation. Det er disse begreber, der danner specialets fire teoretiske temaer, hvorudfra analyseafsnittet er blevet struktureret. Ud fra disse temaer bruges Browns konfliktperspektiv til at forstå konfliktniveauet i det tværgående samarbejde. For at forstå dette vil vi anskue konfliktniveauet ud fra, om grænsefladerne har produktiv, for lidt eller for meget konflikt.

For lidt eller for meget konflikt er dermed en måde, hvorpå samarbejdsudfordringerne kan forklares.

I følgende afsnit vil det blive gennemgået, hvordan de fire teoretisk udledte temaer, danner udgangspunktet for analysestrukturen. Teorierne operationaliseres for koble empirien med de teoretiske rammer, således de i et senere analyseafsnit vil kunne forklare de udfordringer, der forefindes i det tværgående arbejde. Afsnittet har til formål at gøre en ellers kompleks teori kontekstuel, idet det beskrives, hvordan teoriens udvalgte temaer vil blive appliceret til casen.

6.3.1 Gensidig respekt

Gensidig respekt handler om, hvordan de involverede parter i et samarbejde opfatter hinanden og vil tage udgangspunkt i, hvordan en parts respekt til samarbejdspartnere er. Den gensidige respekt mellem parter er en vigtig forudsætning for samarbejde, idet den skaber en ekstra værdi i relationel koordinering. Her skal det forstås ved, at medarbejdere i en afdeling har tillid til, at vedkommende samarbejder med kollegaer, som har evner og viden til en fælles opgaveløsning, hvor der netop er behov for det tværgående samarbejde (Hornstrup & Madsen 2015:25, Gittell 2016:26). Derudover kan gensidig respekt også udledes af Browns konfliktforståelse, idet det produktive samarbejde forudsætter, at grænsefladerepræsentanterne finder det nødvendigt at samarbejde trods divergerende interesser. Men samarbejdspartnerne forstår, at der er behov for hinanden, hvis afdelingerne skal kunne løse en opgave (Brown 1983:223). Derfor kan de både finde kompromisser med hinanden, idet der er forståelse og tillid til, at den anden samarbejdspartner kan noget, som afdelingen ikke selv kan.

Tilsvarende kan vi også forstå manglende gensidig respekt som et udtryk for, at der ikke er tiltro til at finde fælles løsninger. Det kan have den betydning, at arbejdsprocesserne bliver mindre effektive. Det fører til, at der er begrænsede handlemuligheder, fordi der er mistillid, hvor der kan forekomme tiltagende spændinger mellem involverede samarbejdspartnere (Brown 1983:222). Endvidere kan der være en undertrykkelse af fælles problemstillinger, hvor ingen involverede parter ønsker at ændre på situationen (Brown 1983:222). Derudover kan en manglende respekt og mistillid medføre, at afdelingerne undgår hinanden. På denne måde er der destruktive konflikter, som kan bevirke, at det ikke er muligt at løse fælles problemstillinger (Brown 1983:223).

6.3.2 *Fælles mål*

Fælles mål som tema baserer sig på, hvorvidt de involverede samarbejdspartnere har fælles mål for det tværgående rehabiliteringsarbejde i Aalborg Kommune. Hvis ikke afdelingerne deler fælles mål i deres relationelle koordinering, kan det i yderste konsekvens betyde, at det tværgående samarbejde skaber fragmenterende opgaveløsninger (Hornstrup & Madsen 2015:23). Det er derfor en forudsætning for tværgående samarbejde, at afdelingerne i samarbejdet deler fælles mål for opgaveløsningen. Derudover udledes fælles mål som et vigtigt perspektiv for at opnå produktive konflikter i grænseflader. Når grænseflader er overorganiserede, er mål særligt tydelige, idet der er en stærk vertikal struktur med en central styring (Brown 1983:28). Det bevirker, at samarbejdspartnere i en grænseflade har en klar forståelse af mål og autoriteter. Det kan betyde, at der er en klar arbejdsfordeling mellem involverede afdeling, hvor man kender sin rolle og arbejdsopgaver. Til gengæld medvirker den overorganiserede grænseflade til en robusthed overfor forandringspres (Brown 1983:29). Netop dette kan dog også betyde, at medarbejderne i det tværgående samarbejde ikke har mulighed for at være innovative og omstillingsparate (Seemann & Antoft 2002:46).

Trods enighed om, at parter deler en forståelse om fælles mål, kan der opstå konflikter mellem parterne, når grænsefladen er underorganiseret. Her kan mål ofte fremstå uklare, fordi der mangler en formel regulering. De uklare forhold for opgaveløsninger og forvirring om autoritet gør, at de fælles mål kan blive udefinerede eller konfligerende. Det er derfor vigtigt for alle afdelinger i en samarbejdsproces at finde et fælles mål, som alle kan bakke op om og arbejde hen mod (Brown 1983:29).

6.3.3 *Fælles viden*

Fælles viden mellem samarbejdspartnere er vigtigt i det rehabiliterende arbejde, idet det er en vigtig forudsætning for at have relevante informationer til at forbedre det faglige arbejde (Hornstrup & Madsen 2015:25). Blandt andet kan det udledes, at fælles viden om andre afdelingers fagligheder og opgavehåndteringer er essentiel for god relationel koordinering. Fælles viden bevirker, at opgavefordelinger kan overdrages gnidningsfrit og samarbejdspartnerne kan undgå bureaukratisk resourcespild ved, at de ikke søger den samme viden og information i det tværgående samarbejde, som på forhånd eksisterer blandt øvrige samarbejdspartnere. Derudover kan manglende vidensdeling i en overorganiseret grænseflade være medvirkende til, at der kan opstå misinformationer og misforståelser i den videre opgavehåndtering (Brown 1983:28). Den svage informationsudveksling

kan også medvirke til, at informationer forsinkes, hvorfor det videre arbejde som konsekvens kan starte senere end forventet. Et andet perspektiv ved fælles viden handler også om, at grænsefladen kan være underorganiseret. Der er en åben grænseflade, hvor informationsudvekslingen kan virke overvældende for samarbejdsparterne. Det gør, at mængden af informationer er stor og gør det svært for andre afdelinger at få en viden om, hvad der er relevant, og hvad der er irrelevant (Brown 1983:27).

6.3.4 *Kommunikation*

Det sidste teoretiske tema baserer sig på, hvordan samarbejdsparter kommunikerer med hinanden.

Kommunikation og fælles viden kan ved en umiddelbar gennemgang forstås som to sider af samme sag. Ikke mindst fordi Brown til tider anvender informationsudveksling, på måder som Gittell ville karakterisere som værende kommunikation. Kommunikation skal dog forstås som værende "facilitatoren" for den viden som videregives.

Gittells definition på kommunikation involverer alle former for kommunikation og omhandler, hvorvidt medarbejderne får kommunikeret hyppigt, rettidigt, præcis samt problemløsende (Gittell 2016:26). Disse tilgange er en vigtig forudsætning for, at kommunikationen i den relationelle koordinering mellem samarbejdspartnere fungerer optimalt. Derved er omdrejningspunktet for dette tema, hvorvidt afdelingerne vurderer at de har god kommunikation med de øvrige samarbejdspartnere.

Når der fokuseres på kommunikation, kan det udledes, at de relationelle dimensioner fælles mål, fælles viden og gensidig respekt er vigtige forudsætninger for, at kommunikationen mellem alle relevante medarbejdere fordrer god relationel koordinering. Samtidig er velfungerende kommunikative dimensioner i form af hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation lige såvel en forudsætning for dannelsen af fælles viden, mål samt gensidig respekt. De relationelle og de kommunikative dimensioner er altså selvforstærkende i forhold til hinanden, og et fokus på alle dimensioner er således relevant i analysen af organisationens relationelle koordinering.

7. Analyse

I følgende analyse vil det blive belyst hvordan de forskellige afdelinger og faggrupper i Ældre- og Handicapforvaltningen i Aalborg Kommune, samarbejder om den rehabiliterende indsats. Dette gøres på baggrund af den indsamlede empiri i form af interviews med både medarbejdere og ledere fra henholdsvis Udskrivningsenheden, Afklaring og Forebyggelse, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen. Strukturmæssigt vil analysen blive opbygget af fire operationaliserede temaer: Gensidig respekt, fælles mål, fælles viden og kommunikation, som hver især belyser en del af specialets problemformulering. Analyseafsnittet har til hensigt at besvare specialets problemformuleringen: *Hvilke udfordringer opleves i det tværgående arbejde med rehabilitering af ældre, og hvordan kan de forklares?*

7.1 Gensidig respekt

Dette tema agter at forstå, hvorvidt der eksisterer gensidig respekt blandt aktørerne i rehabiliteringsarbejdet. Der fokuseres altså på, om aktørerne føler, at deres arbejde bliver anerkendt af de andre faggrupper. Uden gensidig respekt kan der opstå en fragmentering i opgaveløsningen. Aktører, der ser sig selv som højere i det faglige hierarki, kan ende med ikke at kommunikere med aktører, som de vurderer som mindreværdige. Mens aktører, der føler sig mindre vigtige, kan ende med ikke at engagere sig 100 procent i opgaveløsningen.

Aktørerne giver generelt udtryk for, at der er en stor grad af gensidig respekt i rehabiliteringsarbejdet. I nedenstående beskriver selvhjælpsterapeuterne eksempelvis, hvordan de ser de andre samarbejdspartnerne som ligeværdige:

"Jeg synes, at vi er ligeværdige. Vi kan alle sammen vores ting. Jeg kunne simpelthen ikke forestille mig at skulle undvære nogle af de her samarbejdspartnere, så jeg ser det som ligeværdige forhold, fordi vi går ind og tager sig af det, vi kan."

(Bilag 7)

Selvhjælpsterapeuterne giver her udtryk for, at samarbejdspartnernes forskelligartede roller, som hver især skal varetages, skaber en gensidig afhængighed. Forskellige professioner har forskellige opgaver, som de er specialister i at løse på hver sin måde, hvorved den gensidige respekt opstår i den gensidige afhængighed.

Når samarbejdspartnerne supplerer hinanden med deres respektive fagkundskaber, så går det hele op i en højere enhed. Dog sikrer ligeværdigheden, som også beskrives af udskrivningskoordinatorerne i nedenstående citat, ikke alene en god opgaveløsning:

"[...] samarbejde og ligeværdigheden er nok fin, når tingene går som de skal, men lige snart der er lidt knas og man er i tvivl om hvem der skal hjælpe, og vil borgeren have hjælp, og hvad er det vi gør, så synes man lidt om hinanden, at der ikke rigtig er nogen der gør det som man synes." (Bilag 4)

Udskrivningskoordinatoren giver her udtryk for, hvordan der opleves, at den manglende gensidige respekt bliver tydelig i konfliktsituationer, hvor der er tvivl om opgaveløsningen. Der er altså tegn på, at interorganisatorisk krigsadfærd kan opstå i situationen, da man er i tvivl om opgaveløsningen, idet man i den underorganiserede grænseflade ikke har defineret, hvordan problemet skal tackles.

At man i rehabiliteringsindsatsen er gensidigt afhængig, af de forskellige samarbejdspartners professioner til at løse rehabiliteringsopgaver, kræver, at der er en gensidig respekt, og det er nødvendigt, at samarbejdspartnerne kan stole på hinanden. I følgende citat fra en selvhjælpskoordinator beskrives oplevelsen af at stole på samarbejdspartnerne, som dannes i en overdragelsesproces:

"R2: Men også at stole på, når jeg giver den her opgave videre til jer, så er det fordi, I kan varetage den. Man er nødt til at kunne give noget fra sig på denne måde. Nu er det jer, der skal udføre det." (Bilag 7)

I dette citat fra en selvhjælpskoordinator bliver det tydeligt, at den gensidige respekt for samarbejdspartnere er en forudsætning for en god rehabiliteringsproces. At alle aktører har en vigtig rolle, er dog også noget, selvhjælpskoordinatorerne lægger stor vægt på:

"R2: Vi har brug for dem (red. samarbejdspartnere) lige så meget, som de har brug for os.

R3: De ord, som kendetegner os som medarbejdere, er kreativitet, handlekraft og ordentlighed. Det er både over for borgeren, men også over for samarbejdspartneren. Det er jo centralt for vores måde at handle på." (Bilag 7)

Selvhjælpskoordinatorerne beskriver her helt eksplicit, at der er tale om en gensidig afhængighed, i og med at samarbejdspartnerne har lige meget brug for hinanden. Yderligere udtaler selvhjælpskoordinatorerne, at det, der kendetegner dem selv, er kreativitet, handlekraft og ordentlighed både i relation til borgere og samarbejdspartner. Derved fremstår det som noget, der er vigtigt for selvhjælpskoordinatorerne, at de er "ordentlige" over for deres samarbejdspartnere, hvilket tyder på, at det er vigtigt for dem at udvise respekt over for samarbejdspartnere.

Det er endvidere interessant at se, at lederen af Afklaring og Forebyggelse også har fokus på vigtigheden af, at der er gensidig respekt mellem samarbejdspartnerne. Yderligere pointerer hun vigtigheden af, at samarbejdspartnerne skal opfattes både af borgere og af sig selv som en gruppe med komplimenterende kompetencer. Det kommer blandt andet til udtryk i følgende:

"[...] om man er en SOSU-assistent, om man er sygeplejerske, eller om man er en ergoterapeut, vi går op i, at det er en samlet gruppe, og der skal være nogle kompetencer til stede. Men vi har også talt meget om, at gruppen bliver stærk af, at der er forskellige kompetencer tilstede. Så det, ergoterapeuten er god til, er SOSU-assistenten måske ikke så god til, men mere med at man går ind og komplimenterer hinanden." (Bilag 5)

Her bliver styrken af de forskellige fagligheder italesat, og det bliver tydeligt, at de forskellige fagligheder gerne skal være komplimenterende og sikre en fælles opgaveløsning trods divergerende kompetencer. Hun understreger samtidig, hvordan denne manglende tillid kan påvirke den fælles opgaveløsning i negativ retning:

"Jamen vi skal være sikre på, at tiden bliver brugt til det (red. at arbejde rehabiliterende). Det er også noget af det, vi skal prøve at sige til dem derude. Nu visker vi tavlen ren. Vi har fuld tillid til jer. Nu får I de ekstra minutter, men I skal dælme også bruge dem" (Bilag 5)

Lederen af Afklaring og Forebyggelse giver altså udtryk for, at man tidligere har oplevet at ekstra tid, som er visiteret til rehabiliterende arbejde, frem for at yde direkte pleje, ikke er blevet benyttet til at arbejde rehabiliterende. Dette har svækket den gensidige tillid til skade for rehabiliteringsarbejdet.

På et overordnet plan er lederen af Afklaring og Forebyggelse dog positivt stemt over for den fælles tilgang, der er til at løse opgaverne ved at komplimentere hinandens fagligheder. Hun ser imidlertid tendenser til, at der kan udvikle hierarkier i rehabiliteringsarbejdet, sågar i hendes egen afdeling. Dette kommer til udtryk i hendes besvarelse til spørgsmålet om, hvorvidt aktørerne oplever hinanden som værende ligeværdige:

"Nej, det gør de ikke (red. ser sig selv som ligeværdige). Vi har også lidt mellem vores selvhjælpsterapeuter og selvhjælpskoordinatorer. Vores selvhjælpsterapeuter føler sig lige et lag under koordinatorerne. Det er noget, vi arbejder med, at det skal de ikke føle, og de andre, altså selvhjælpskoordinatorerne, de skal heller ikke have stikirenddrenge. Vi skal være ligeværdige." (Bilag 5)

Lederen er altså opmærksom på, at der hersker en ulighed mellem selvhjælpsterapeuterne og selvhjælpskoordinatorerne. En ulighed som hersker, på trods af at alle skal føle sig ligeværdige i hendes optik. Denne forståelse af at alle ikke er ligeværdige i det borgerrettede arbejde, eksisterer også ifølge lederen af Udskrivningsenheden, som dog selv siger ikke deler holdningen:

I: Er der dermed nogle indlejrede hierarkier?

R: Ja, hvis man tager den statistik, der er fra Danmarks Statistik, så er det jo klart at man har et hierarki der hedder lægen først, så har du sygeplejen, og alt ned derefter. Det er det klassiske hierarki for vores område.

I: Er det også sådan du oplever hierarkiet?

R: Nej, det ved jeg ikke. Jeg synes vi har en rigtig god dialog på tværs af de samarbejdspartnere vi har. (Bilag 3)

Hvorvidt lederen tolker, at der eksisterer hierarkier i rehabiliteringsarbejdet i Aalborg Kommune, kan ikke aflæses direkte ud af ovenstående. Dog lægger han vægt på, at samarbejdet og dialogen med de andre aktører i rehabiliteringsarbejdet er god, hvorfor det må formodes, at han tolker, at der er gensidig respekt på tværs i forvaltningen.

Hjemmesygeplejelederen er også opmærksom på, at der er forskellige kompetencer ved det rehabiliterende arbejde. Dog er hun først og fremmest overbevist om, at der er gensidig respekt. Hun udtaler:

"Respekt, det føler jeg, at der er for hinandens viden og faglighed. Det synes jeg bestemt, at det virker som." (Bilag 8)

Hun udtaler, at den fælles viden om hinandens kompetencer er vigtig for at opnå gensidig respekt. Dette kan forklares ud fra Gittells relationelle koordinering, idet de syv dimensioner gensidigt styrker hinanden, hvis de eksisterer i organisation. Eksistensen af god fælles viden som her, bidrager altså også indirekte til, at den gensidige respekt øges.

7.1.1 Gensidig respekt ved faglig sparring

Som nævnt oplever hjemmesygeplejelederen, at der er gensidig respekt. Endvidere er hun bevidst om, at samarbejdspartnerne er meget forskellige, og derfor bidrager forskelligt i rehabiliteringsindsatsen:

"Jeg tænker, at vi alle samme har noget at byde ind med i forhold til rehabilitering, men jeg tænker ikke, at vi alle har lige meget at bidrage med. Jo, ligeværdige er måske det rigtige ord, men vi er ikke lige dygtige til det." (Bilag 8)

Derved oplever hjemmesygeplejelederen, at den gensidige faglige respekt er til stede. Men lige såvel som lederen af Udskrivningsenheden pointerer det, at der er en opdeling i form af de forskellige fagligheder, der bidrager forskelligt.

For at skabe fælles opgaveløsninger er der behov for forståelse og tillid til hinanden. En måde hvorpå der skabes fælles forståelse og tillid til hinanden, beskriver selvhjælpskoordinatorerne i oplevelsen om deres samarbejde med udskrivningskoordinatorerne:

"R1: De handler ud fra det, de får at vide. De har heller ikke ressourcer til at sidde på alle afdelinger og på alle sygehuse.

R2: Jeg har været ude ved Udskrivningsenheden på besøg og oplevede, at de rigtig gerne vil sparre med os og høre, hvad det er, vi tænker, og hvad er der behov for til hjælp" (Bilag 6)

Selvhjælpskoordinatorerne udviser her respekt for udskrivningsenheden, i og med at selvhjælpskoordinatorerne har forståelse for, hvis ikke de får perfekt kommunikation fra Udskrivningsenheden. Det skyldes, at Udskrivningsenheden ikke har haft ressourcerne til at indhente bedre information. Yderligere fortæller ovenstående respondent R2 om et besøg ved Udskrivningsenheden, hvor hun oplevede, at udskrivningskoordinatorerne meget gerne ville styrke samarbejdet og forståelsen for selvhjælpskoordinatorernes arbejdsgang samt erfaringer.

Lederen i hjemmeplejen oplever at noget af det, der har været med til at øge den gensidige respekt, netop er, når man mødes i faglig sparring:

"[...] vi er begyndt at triagere eller holde de triagemøder her med sygeplejerskerne. Der er begyndt at komme en øget forståelse hinanden. Rigtig meget. Det er blevet et rigtig godt samarbejde og på de triagemøder. Der inviterer vi også andre, hvis der er brug for det" (Bilag 8)

Disse møder, hvor man mødes om en borger, og vurderer hvor akut deres tilstand er, har ifølge hjemmeplejelederen skabt en øget forståelse af hinanden, særligt mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Det, at sidde sammen til et møde med fokus på at løse en opgave, er med til at skabe en gensidig respekt for hinanden. Dette skyldes ifølge Gittells teoretiske perspektiv om relationel koordinering, at det fysiske møde er med til at danne grundlag for kompromisser og skabe forståelse samt tillid i den fælles opgaveløsning, hvorved der ifølge Brown skabes produktiv konflikt, idet der er interorganisatorisk problemløsning.

Disse triagemøder har ifølge hjemmeplejelederen været med til at nedbryde eksisterende hierarkier, der kunne være destruktive for den gensidige forståelse i det tværgående samarbejde mellem samarbejdspartnere. Dette kommer til udtryk i hjemmeplejelederens besvarelse af spørgsmålet om, hvorvidt der eksisterer hierarki mellem samarbejdspartnerne:

"Faktisk ikke. Ikke mere. Ikke efter vi har fået de her triagemøder der. Nej." (Bilag 10)

Triagering har givet hendes medarbejdere, altså hjemmeplejerne, en bedre forståelse for andre faggruppers arbejdsgange. Dette kommer eksempelvis til udtryk i nedenstående besvarelse på spørgsmålet om, hvorvidt direkte møder er med til at styrke forståelsen for hinandens fagligheder:

"Ja hinandens, i det hele taget. Også den anden vej.

I: Så du oplever også, at andre får en bedre forståelse for jeres?

R: Ja helt klart. Hinandens verdner." (Bilag 10)

Hjemmeplejelederen udtrykker i ovenstående udsagn, at de fysiske møder er med til at give en bedre forståelse for hinandens verdener, som ellers kunne være adskilt. Der er altså i dag ifølge lederen tendenser til, at konfliktniveauet bevæger sig mod produktiv konflikt, hvor parterne sammen prøver at løse de tværgående udfordringer i opgaveløsningen.

En hjemmesygeplejerske oplever også, at der er respekt for hendes indsats i den samlede tværgående indsats i den faglige sparring, når man mødes ude ved borgeren:

"[...] Vi er enige om, at det vil være bedst, at borgeren gør det selv. Ser jeg noget, hvor jeg synes, ej det ikke er hensigtsmæssigt [...]. Det synes jeg i hvert fald, der er respekt for, hvis jeg siger, at jeg mener." (Bilag 9)

Her beskriver hjemmesygeplejersken, hvordan hun oplever, at andre anerkender hendes faglige indspark i borgerforløbene. Der er dermed igen her tegn på, at konflikten i opgaveløsningen bevæger sig over mod produktiv konflikt her beskrevet ved interorganisatorisk problemløsning. Årsagen til at der her er tale om interorganisatorisk problemløsning og ikke interorganisatorisk overenskomst, bygger på oplevelsen af, at alle faggrupper ifølge hjemmesygeplejersken mener, det er bedst, at borgerne gør det selv. Der kan altså ikke ses, at medarbejderne umiddelbart har konfligerende interesser, men i stedet at de sammen prøver at løse et fælles mål ved at dele den viden, de hver især har.

7.1.2 Gensidig respekt grundet faglig udvikling

At lære af hinandens arbejdsgange og forståelser er essentielt for at opnå gensidig respekt. Da rehabilitering er et felt, som har vundet større indpas blandt andet på baggrund af lovændringen på området, er feltet påvirket af, at visse medarbejderes faglighed også har skullet tilpasse sig den rehabiliterende tilgang. Til spørgsmålet om, hvorvidt selvhjælpskoordinatorer mener, at samarbejdspartnere med andre faglige baggrunde har fået større forståelse for selvhjælpskoordinatorernes meget rehabiliterende tilgang i borgerforløbene, svarer de følgende:

"R2: Det synes jeg faktisk

R3: Da vi startede, var der modvillighed. Jeg synes faktisk, og jeg tror også, at de faktisk melder tit tilbage, at det giver mening." (Bilag 6)

Forståelsen for rehabilitering er altså blevet øget af samarbejdspartnerne, da disse ifølge selvhjælpskoordinatorerne har kunnet se, at rehabiliteringsindsatserne har positive effekter for borgeren.

Selvhjælpssterapeuterne deler forståelsen af, at samarbejdspartnerne har fået en større forståelse og respekt for den rehabiliterende del af den samlede opgaveløsningen. Selvhjælpssterapeuterne oplever yderligere, at hjemmeplejen også er blevet gode til at arbejde med rehabilitering:

"R1: Men der er også mange hjemmehjælpere, der egentligt er gode til at lave rehabilitering

R2: Ja, de er begyndt at være skide gode til det.

R1: Egentligt til at tage hænderne i lommen og ikke bare nødvendigvis hjælpe, selvom det bliver lidt svært for borgere." (Bilag 7)

Selvhjælpssterapeuterne udviser her stor respekt for hjemmeplejen, og anerkender hjemmeplejen for, at de er gode til at lave rehabilitering. Endvidere er der i den sidste del af citatet en stor forståelse for hjemmeplejens udfordringer ved ikke udelukkende at udøve direkte hjælp, men i stedet arbejde rehabiliterende, ved at *tage hænderne i lommen*.

Selvhjælpssterapeuternes oplever dog også, at andre af deres samarbejdspartnere har udviklet deres rehabiliterende tilgang:

"Jeg synes også, at hjemmesygeplejen har rykket sig i forhold til rehabilitering. Forståelsen af det, vi går ud og gør [...]. De er blevet bedre og bedre og bedre til det, vores samarbejdspartnere. Men de har heller ikke været vant til det. Vi har heller ikke lavet andet, så for os er det en helt naturlig del af det. De skal jo også lære det. Rom blev ikke bygget på én dag." (Bilag 7)

Selvhjælpssterapeuten giver i første omgang udtryk for, at de oplever, at hjemmesygeplejen har rykket sig i forhold til at arbejde mere rehabiliterende. Endvidere giver selvhjælpssterapeuten udtryk

for, at hjemmesygeplejerskerne har fået mere forståelse og dermed respekt for selvhjælps terapeuternes arbejde.

I samme ombæring reflekterer selvhjælps terapeuterne over, at rehabilitering er deres centrale arbejdsopgave. Derfor ser de også det rehabiliterende arbejde som en naturlig arbejdsopgave, hvilket dog ikke er tilfældet for andre faggrupper i borgerforløbene. De udtrykker til gengæld forståelse for, at det tager tid for deres samarbejdspartnere at blive rigtig gode til at arbejde rehabiliterende.

I forbindelse med den faglige udvikling, har selvhjælpskoordinatorerne ligeledes oplevet en konstruktiv udvikling blandt deres samarbejdspartnere. Det kommer eksempelvis til udtryk i udviklingen med hjemmeplejens forståelse af rehabilitering:

"I starten da vi kørte rehabilitering, der stejlede hjemmeplejen rigtig meget, fordi de var bange for, at vi tog alle deres arbejdsopgaver. Jeg tror, at de har set lyset nu og kan godt se, at der bliver ved med at strømme opgaver ind." (Bilag 6)

Her giver selvhjælpskoordinatorerne udtryk for, at hjemmeplejen i begyndelsen opfattede rehabiliteringsindsatsen som en trussel mod deres erhverv som hjemmeplejere. Men efterhånden har det vist sig, at der stadig er mange opgaver til hjemmeplejen, hvilket har givet hjemmeplejerne en større interesse i at arbejde med et rehabiliterende fokus. Selvhjælpskoordinatorerne siger endvidere:

"Der er en hel masse, som er blevet afmystificeret for dem." (Bilag 6)

Selvhjælpskoordinatorerne har altså oplevet, at der efterhånden er kommet en større tillid til hinanden, efter det er blevet afmystificeret for hjemmeplejen. Dette skyldes at hjemmeplejerne ifølge selvhjælpskoordinatoren har fået en forståelse af, at rehabiliteringsindsatserne ikke har haft til formål at gøre hjemmeplejerne arbejdsløse men i stedet effektivisere borgerforløbene for kommunens stigende antal af ældre med behov for kommunal hjælp.

7.1.3 Konkurrenter

En modsætning til forståelsen af at der er gensidige respekt, fordi det er en forudsætning for den gode rehabiliteringsproces, er, at man er hinandens konkurrenter. Denne forståelse er dog overordnet set ikke så toneangivende blandt de 4 forskellige afdelinger, men kommer dog til udtryk i nogle af de udførte interviews. Forståelsen kommer blandt andet til udtryk i følgende citat, hvor selvhjælps terapeuterne husker tilbage på implementeringen af rehabiliteringsprocessen:

"I starten blev der fyret en ordentlig røvfuld (red. hjemmeplejere), og det har sat sine spor. Det var rent og skær efter, det her forløb blev sat i gang med rehabilitering. Jeg tror, at der blev fyret 120 eller sådan noget. Det var helt vild. Rent økonomisk kan det strække sig tilbage til vores stillinger. Så der er i hvert fald noget samarbejde og noget historik, som gør det lidt svært." (Bilag 7)

Forståelsen her er altså modstridende med selvhjælpskoordinatorernes foregående beskrivelse, hvor de gav udtryk, at rehabilitering ikke havde negative implikationer for hjemmeplejen. Selvhjælpsterapeuterne udtrykker således, at de er klar over noget historik, der muligvis er medvirkende til, at nogle hjemmeplejere oplever selvhjælpsterapeuterne som værende konkurrenter. Ud fra Browns terminologi kan dette forstås ved, at selvhjælpsterapeuter og hjemmeplejen har forskellige interesser i rehabiliteringsarbejdet. Når der er forskellige interesser, kan der opstå konflikt eller latent konflikt, hvilket er med til at svække den samlede opgaveløsning.

Hjemmeplejelederen udtrykker også et perspektiv, der kan tolkes som, at hun har en delvis konkurrentopfattelse overfor Afklaring og Forebyggelse. Lederen beskriver, hvordan hjemmeplejen arbejder så rehabiliterende som muligt. Men den direkte rehabiliterende rolle varetages af selvhjælpsterapeuterne, forklarer hun, idet at de eksempelvis kommer og overtager badet, hvis der er rehabiliteringspotentialer fremfor at orientere hjemmeplejen om, hvad der kan gøres rehabiliterende. Dette vidner om, at hjemmeplejelederen oplever, at direkte rehabilitering bliver varetaget af selvhjælpsterapeuterne, mens hjemmeplejens indsats bliver negligeret.

Til gengæld har selvhjælpsterapeuterne en opfattelse af, at hjemmesygeplejerne hviler mere i vigtigheden af deres faglighed, hvilket i følgende citat kommer til udtryk:

"Generelt set, så oplever vi ikke, at sygeplejersker føler sig truet af os, fordi de ved jo udmærket godt, at de er sygeplejersker, og det er vi ikke. Vi kan ikke gå ind og overtage deres medicinadministration. Vi kan ikke gå ind og tage sårepleje, vi kan ikke gå ind og tage forbindinger og alle de her ting." (Bilag 7)

Selvhjælpsterapeuterne oplever altså, at hjemmesygeplejerne ikke føler sig truede, fordi der er respekt for hjemmesygeplejernes del af opgaveløsningen, som ikke ville kunne løses af andre faggrupper heriblandt selvhjælpsterapeuterne. Der fremkommer altså ikke i interviewene mange tegn på

direkte konkurrence mellem aktørerne, hvilket kan kobles til, at alle parter med undtagelse af hjemmeplejen generelt set føler sig inkluderet i det rehabiliterende arbejde.

7.1.4 Gensidig respekt i forståelsen af hinandens arbejdsrammer

Som nævnt er der en stor grad af gensidig respekt for de forskellige faggruppers faglighed. Dog bliver de strukturerede arbejdsrammer af flere aktører ofte beskyldt for at svække den gensidige respekt mellem parterne.

Dette bliver eksempelvis beskrevet i følgende ordveksling, hvor selvhjælps terapeuterne udtaler, hvordan de har forsøgt at tilrette sig de arbejdsrammer, der gør sig gældende for hjemmeplejen:

"R1: Det er med at være opsøgende i forhold til at være enormt respektfuld og italesætte de ting, de gør godt og forventningsafstemme og alle de der klassiske ting. [...] Der er sygdomme, barsler, ferie og alt muligt. Med mindre man kører i de samme områder, er det bare pisse svært. Og der er udskiftninger hele tiden. Og så er der ferieaflysere og sådan noget.

R3: Det er noget, vi prøver at tage en lille smule højde for her hos os, hvor vi alle sammen prøver at køre lidt mere med, at vi kører i de samme hjemmeplejestrakter. Det er lidt for at imødekomme det. Så rammer man forhåbentligt lidt oftere de samme mennesker" (Bilag 7)

Der er altså nogle arbejdsrammer, som giver stor udskiftning på køreplanerne, hvilket gør det svært at have kontinuerligt samarbejde med medarbejderne i hjemmeplejen. At der ikke er kontinuitet med de hjemmeplejens bemanning, giver svære betingelser for at forventningsafstemme mellem hjemmeplejer og selvhjælps terapeut. Når det er svært at forventningsafstemme, skaber det udfordringer for den gensidige respekt. Terapeuterne udviser dog forståelse ved at forsøge at tage højde for det ved eksempelvis at inddele sine områder på samme måde som hjemmeplejen, sådan at der er større chance for at opbygge relationer. Her kan samarbejdet i grænsefladen ses som en interorganisatorisk overenskomst. Selvom arbejdsgangene er i konflikt med hinanden, forsøger selvhjælps terapeuterne at tilpasse sig hjemmeplejen og på denne måde finde et kompromis. Et andet perspektiv der kan udledes er, hvis arbejdsgangene fortsat er uændret, kan det i sidste ende føre til

konflikt. Derved er selvhjælps terapeuternes nye arbejdsgange et udtryk for, at de ikke ønsker at fremprovokere uenigheder.

Udskrivningskoordinatorerne udviser også gensidig respekt, i og med at de har forståelse for de rammer, deres samarbejdskolleger har i følgende citat:

"R1: [...] Dem man har derude (red. hjemmeplejen), det er virkelig nogen... De brænder bare for det, og de vil virkelig gerne, og de er virkelig glade for deres arbejde. Men de har ikke fået tiden til at læse adviserne om morgenen, og de har ikke fået de her informationer, når de kommer ud, og de gør det virkelig, så godt de kan. Så jeg har helt sikkert den tanke, at dem, der er i faget, de vil virkelig gerne. Så hvis der er nogle ting, der glipper, er det ikke af ond vilje, eller fordi folk ikke har lyst til det, så er det simpelthen

R3: Det er rammerne.

R1: Det er rammerne for det." (Bilag 4)

Medarbejderne i Udskrivningsenheden udviser her stor respekt for medarbejderne i hjemmeplejen og forklarer, at grunden til at de ikke altid har de informationer, der skal til, skyldes, at de ikke oplever at have tiden til at læse adviser, inden de tager ud til borgeren. Udskrivningskoordinatorerne beskriver hjemmeplejerne som værende nogle, der brænder for deres arbejde, men at de blot er underlagt nogle rammer, som ikke understøtter deres potentiale. Man kan se dette perspektiv idet, grænsefladen kan tendere til at være underorganiseret. Udlægningen er ikke, at der overdrages en masse irrelevante informationer. Der er to aspekter ved informationsdelingen af adviser. Der kan være meget information, hvor hjemmeplejen synes, at det tager tid at sortere sig frem til relevante informationer. Et andet perspektiv er, at der er en svag styring. Ved en uformel regulering er der ustrukturerede arbejdsforhold, som kan give uklare og udefinerede mål for hjemmeplejen ved rehabiliteringsindsatser. I yderste konsekvens deler parterne ikke en fælles opgavehåndtering.

Endvidere fremhæver udskrivningskoordinatorerne, at rammerne bliver værre og værre. Det gør de i følgende, hvor selvhjælps terapeuterne bliver spurgt til, hvorvidt rammerne er de bedst mulige for at nå det bedste rehabiliteringsresultat:

"R1: Overhovedet ikke, det bliver også værre og værre.

R3: Og det var det vi også sagde med deres kørelister, hvor der ikke står noget på

I: Så det er især hjemmepleje, I tænker på der?

R3: Ja de render stærkt" (Bilag 7)

Ovenstående er endnu et eksempel på, at Udskrivningsenheden udviser respekt for hjemmeplejernes rent fagligt, men beskriver, at udfordringerne kommer af de rammer, som hjemmeplejerne er underlagt.

Rammerne er også forskellige for de respektive samarbejdspartnere, hvilket kan skabe ulige tilgange til løsningen af opgaven. En udskrivningskoordinator udleder det således:

"Jeg tror nogen, de ser hinanden som ligeværdige i: Hvad kan jeg, og hvad kan du, og hvad kan vi sammen? Men lige netop det der med tidsaspektet, hvor hjemmesygeplejen, de har jo "tag selv". De bestemmer selv: Hvor lang tid er jeg her, før jeg går igen, og der kan man jo sige, at hjemmeplejen er begrænset. Så på den måde er de jo ikke ligeværdige, fordi de har jo ikke samme muligheder. De har forskellige tid til at gøre det." (Bilag 4)

Mens hjemmesygeplejen selv kan administrere deres tid, skal hjemmeplejen indrette sig efter de tidsnormer, som myndigheden sætter. Ligeværdigheden er dog tilstede, idet der er gensidig respekt for, hvad de forskellige fagligheder kan.

7.1.5 Tillid og forståelse for de respektive fagligheder

Når myndighed skal visitere opgaver, er det også nødvendigt, at der er tillid fra bestilleren til den, der skal udføre opgaven. Det kommer blandt andet til udtryk i følgende udsagn fra lederen af Afklaring og Forebyggelse:

"Vi vil jo rigtig gerne sige til hjemmeplejen, når de kommer ud til disse borgere, at det tager jo mere tid, hvis man skal holde hænderne på ryggen. Du får visiteret 20 minutter, men så forventer vi også, at du bruger de 20 minutter ude ved fru Jensen til at holde hænderne på ryggen. Vi forventer ikke, at fordi din kollega er syg, at du så kan nå et besøg mere. [...] Det har noget med tillid at gøre." (Bilag 3)

Som beskrevet i forrige afsnit *Gensidig respekt i forståelsen af hinandens arbejdsrammer*, er Afklaring og Forebyggelse bevidste om rammer, som ikke er optimale for det rehabiliterende arbejde. Disse rammer er eksempelvis, at hjemmeplejen er presset på mandskab, idet der ofte er rotationer med skemalægninger, der skal gå op med ferie, barsel, sygdom og lignende. Det kan være udfordrende for den rehabiliterende indsats, når myndighed ikke oplever, at den tid der bliver afsat til at arbejde rehabiliterende, bliver brugt som tiltænkt, men at tiden i stedet bliver anvendt til at få det almindelige skema til at gå op.

Selvhjælpsaterapeuterne oplever endvidere, at det ikke er alle samarbejdspartnere, der har forståelse for, hvilken indsats selvhjælpsaterapeuterne laver:

"Jeg tror, de (sygeplejersker og samarbejdspartnere, generelt) tænker, vi skal bare bruges til badebænke og rollatorer. Jeg tror ikke, at de er begyndt at vænne sig til, hvad vi reelt set kan." (Bilag 7)

Forståelsen for hinandens fagligheder er en nødvendighed for at kunne finde fælles opgaveløsninger. Det er derfor hæmmende, hvis ikke selvhjælpsaterapeuterne oplever, at deres samarbejdspartnere anvender deres faglighed til at løse den givne opgave.

Hjemmeplejen udtrykker, at nogle af deres samarbejdspartner ikke har den fornødne erfaring, hvilket kommer til udtryk i følgende citat som besvarelse på, hvorvidt de ser forbedringspotentialer i arbejdet med rehabiliteringsindsatsen:

"R4: Ja, ja altid, der er jo altid plads til forbedringer, er der ikke det? Altså, hvis de der terapeuter af forskellig art kunne blive 20 år ældre, så man havde med voksne mennesker at gøre, ikke sådan nogle forvoksne skolepiger, så kunne det jo også hjælpe."

I: Hvordan ville det hjælpe?

R4: Det ved jeg ikke. At de har lidt mere erfaring med hensyn til, hvordan virkeligheden indimellem kan se ud, ikke?

R3: Også hvad det er for nogle mennesker, vi kommer til, fordi, som du selv siger, de er meget unge, og de har jo ikke noget bagage i rygsækken." (Bilag 11)

Der bliver her givet udtryk for, at hjemmeplejerne oplever, at terapeuterne er meget unge, samt mangler praktisk erfaring. På baggrund af dette udsagn ytrer hjemmeplejerne implicit en manglende agtelse for selvhjælpsterapeuternes del af opgaveløsningen. Der kan altså i udtalelsen udledes tegn på manglende respekt, hvilket kan give udfordringer i det tværgående samarbejde.

En anden udtalelse, hvor det kan udledes, at der ikke er ubetinget gensidig respekt til de andre aktører, bliver lavet af lederen af Afklaring og Forebyggelse:

" [...] det ergoterapeuten er god til, er SOSU-assistenten måske ikke så god til, men mere med at man går ind og komplimenter hinanden. Så det har vi ikke så meget fokus på mere. Og jeg må sige, vi har fået meget mere fokus på, at vi skal have nogle terapeuter ansat, for de har bare et helt andet mindset. Det, der kommer til at blive meget mere understøttende og bærende for afdelingen, er den ergoterapeutiske tilgang. Vi kalder det meget, at de skal ud at lave ADL-træning, Almindelig Dagligdags Læring ude hos borgerne. Og det er jo det, de har lært i hele deres uddannelse." (Bilag 5)

Hun lægger i udtalelse vægt på, hvordan der er forskellige *mindset* hos aktørerne, hvilket medvirker et forskelligt fokus. Hun udleder altså, at man komplimenterer hinanden, hvilket viser en respekt overfor hjemmeplejens indsats. Dog lægger hun også vægt på, at den ergoterapeutiske tilgang får en større rolle, hvorfor det kan udledes, at hun vægter denne del af opgaveløsningen højere end eksempelvis hjemmeplejernes i det rehabiliterende arbejde.

7.1.6 Opsummering Gensidig respekt

I dette analysetema er den gensidige respekt i det tværgående samarbejde om de rehabiliterende indsatser blevet belyst.

Som tidligere nævnt er den gensidige respekt en forudsætning for den relationelle koordinering og derigennem et effektivt samarbejde på tværs af afdelinger i en organisation. Den gensidige respekt sikrer potentiale for fælles opgaveløsning, fælles forståelse og tillid samt tiltro til hinanden, hvorigennem der findes kompromisser, der kan give en bedre rehabiliterende indsats.

Overordnet set er det kommet til udtryk, at der er en høj gensidig respekt mellem de respektive samarbejdspartnere. Der er en tiltro til, at dem der arbejder i forvaltningen, efter bedste evne prøver at sætte deres faglighed i spil og dermed løse udfordringer i den tværgående indsats.

Dog kan strukturerne og rammerne bevirke, at der eksempelvis kan opstå mangel på tillid og dermed begrænsninger i samarbejdet. Dette gør sig primært gældende for hjemmeplejen, som grundet de specifikke tidsnormeringer ved borgerbesøg har udfordringer ved altid at arbejde rehabiliterende i praksis. Denne manglende tillid kan dog også spores med modsat fortegn, idet hjemmeplejen giver udtryk for, at selvhjælpsterapeuterne til gengæld ikke altid har forståelse for praksis. Denne delvise mangel på gensidig respekt mellem aktører i Afklaring og Forebyggelse og hjemmeplejen kan medføre, at de to faggrupper kan have svært ved at engagere sig i en fælles tværfaglig opgaveløsning.

Konflikterne kan bunde i en over- såvel som en underorganisering i grænsefladen mellem Myndighedsafdelingens aktører på den ene side og hjemmeplejens på den anden side.

Underorganiseringen i grænsefladen kan udledes ved, at der er ustrukturerede arbejds hold i rehabiliteringsindsatsen. Det påvirker samarbejdspartnernes fælles mål, hvor aktørerne synes at have forskellige opfattelser og prioriteringer af arbejdsopgaver. Der kan dog også være tale om overorganisering i grænsefladen, hvilket kan tolkes ud fra at de bevilligede minutter ikke gør det muligt at arbejde rehabiliterende, hvilket svækker den fælles opgaveløsning.

7.2 Fælles mål

Dannelsen af fælles mål er vigtige for, at organisationens enheder arbejder i samme retning. Hvis der ikke eksisterer fælles mål, kan der opstå fragmenterede opgaveløsninger, hvor en afdeling kan arbejde i én retning, mens andre afdelinger arbejder ud fra ét eller flere andre mål.

7.2.1 Aktørernes egne mål

I rehabiliteringsarbejdet vurderer medarbejderne i de forskellige afdelinger, at der er flere mål, som er vigtige i rehabiliteringsarbejdet. Det kommer blandt andet til udtryk i nedenstående udveksling mellem udskrivningskoordinatorerne:

"R2: Men der kan man vel også sige, at formålet er, at de ikke bliver genindlagt.

R3: Ja, det er jo vores fornemste opgave, kan man sige.

R1: Ja, at være så selvhjulpne som muligt, ikke?

R3: Hvad?

R1: At være så selvhjulpne som muligt. Jeg tænker også overordnet, målet er at afklare: Hvad er det, de selv vil, og hvad de er indstillede på." (Bilag 4)

Udskrivningskoordinatorerne fremhæver, at borgerne så vidt muligt skal undgå fremtidige genindlæggelser og samtidig bliver mere selvhjulpne. Dog lægger de vægt på, at det skal foregå ud fra borgernes egne ønsker. Af ovenstående udsagn kan det udledes, at det er svært kun at arbejde ud fra et enkelt mål, som gør sig gældende i arbejdet med borgere. Dog er perspektivet, i at gøre borgerne så selvhjulpne som muligt, ét mål, der går igen i de foretagede interviews. Eksempelvis siger lederen af Udskrivningsenheden følgende:

"Jamen, målsætningen for rehabilitering er selvfølgelig som vores vision i forvaltningen, at vi skal understøtte det arbejde, som jo består i at gøre borgeren så selvhjulpne som muligt." (Bilag 3)

Ifølge lederen af Udskrivningsenheden er det altså hele forvaltningens vision at arbejde med rehabilitering og derved gøre borgere selvhjulpne. Den fælles opfattelse af rehabilitering, som er at gøre borgerne selvhjulpne, deles desuden af Afklaring og Forebyggelse, som består af selvhjælpsterapeuter, selvhjælpskoordinatorer samt afdelingens leder. Lederen af Afklaring og Forebyggelse beskriver det således:

"[...] vi har vores kerneopgave, som er at gøre borgeren selvhjulpne så hurtigt som muligt inden for en periode på tre måneder." (Bilag 5)

Samme holdning har hendes medarbejdere i form af både selvhjælpsterapeuter og selvhjælpskoordinatorer. Et eksempel på det kan blandt andet ses i følgende svarudveksling, hvor to selvhjælpskoordinatorer i forlængelse af hinanden giver udtryk for, at det, at gøre borgerne selvhjulpne, er deres primære opgave:

"I: Hvis I kan sætte nogle få sætninger på, hvad arbejdet i AFFO overordnet set handler om?

R1: At gøre borgeren selvhjulpne

I: Gøre borgeren hurtigst mulig selvhjulpen?

R3: Det kan være i samarbejde med borgerens netværk. Det er jo vores kerneopgave." (Bilag 6)

At især Afklaring og Forebyggelse har et stort fokus på selvhjulpenhed, kommer også til udtryk i de jobtitler som også benyttes af medarbejderne i afdelingen. Titlerne *selvhjælpsterapeut* og *selvhjælpskoordinator*, må således også forventes at være beskrivende for den jobfunktion og det fokus, som er dominerende i deres daglige arbejde.

Det er imidlertid ikke kun i Myndighedsafdelingens underafdelinger - Udskrivningsenheden og Afklaring og Forebyggelse - at det beskrives, at selvhjulpenhed er et vigtigt parameter i rehabiliteringsindsatsen. Også i udfører-ledet gør denne forståelse sig gældende. Her er det eksemplificeret ved hjemmesygeplejerskerne:

"I: Hvad ser I som målsætning ved rehabiliteringsarbejdet?

R1: At de (red. borgerne) bliver selvhjulpne, og som minimum kommer tilbage til deres tilstand inden eventuel indlæggelse." (Bilag 9)

En forståelse der også deles af hjemmeplejerne, som det kan ses i følgende besvarelse:

"I: Kan I så i det arbejde fortælle lidt om, hvordan I arbejder med rehabilitering?

R1: Det er jo det med, at det er hjælp til selvhjælp, ikke også" (Bilag 11)

Det kan altså ses, at såvel medarbejdere i Udskrivningsenheden, Afklaring og Forebyggelse, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen alle tilkendegiver, at der eksisterer et enslydende fælles mål i indsatsen.

7.2.2 Aktørernes opfattelse af samarbejdspartneres mål

Denne store overensstemmelse om, hvad målsætningen er for rehabiliteringsarbejdet, er imidlertid mindre klar, når de forskellige afdelinger bliver spurgt ind til, om de mener, at andre afdelinger har de samme målsætninger som dem selv i rehabiliteringsarbejdet. Et udsnit af citater fra forskellige ansatte i Myndighedsafdelingen tegner således et billede af, at såvel ledere som medarbejdere i myndighedsafdelingens to enheder Afklaring og Forebyggelse og Udskrivningsenheden ikke

oplever, at andre aktører i samme grad arbejder med rehabilitering, som de gør, og derved ikke har de samme mål i indsatsen med borgerne.

Dette kommer eksempelvis tydeligt til syne i interviewene hos både Udskrivningsenheden og Afklaring og Forebyggelse. Her eksemplificeret i interviewet med lederen af Udskrivningsenheden:

"Jamen, jeg tænker jo, at det ikke er sådan, at jeg oplever, at man i forvaltningen ikke vil rehabilitering, for det vil alle faktisk. Men det handler selvfølgelig om, at vi får involveret parterne og får taget ejerskab for det her, når vi taler rehabilitering [...] der kan godt være nogle forskelligartede indsatser eller forskelligartede tilgange til, hvad indsatsen skal være. Og det skal vi selvfølgelig være lydhør overfor. Hvad det er, vi hver især tænker." (Bilag 3)

Samme billede tegner sig i Afklaring og Forebyggelse. Her er lederen mere specifik i sin beskrivelse af, hvilke aktører hun i særlig grad vurderer til ikke at arbejde ud fra den samme målsætning:

"Ja, jeg ser mange (red. forbedringspotentialer i arbejdet med rehabilitering). Jeg ser vores store knast, det er noget mere samarbejde med hjemmeplejen og lidt med hjemmesygeplejen, at vi arbejder mere for det samme." (Bilag 5)

I udsagnet tegner der sig et billede af, at det i særlig grad er i hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, der ikke arbejder med rehabilitering med samme målsætning for øje. For først at dykke ned i udfordringerne i samarbejdet med hjemmesygeplejen, så udtrykker lederen af Afklaring og Forebyggelse, at hjemmesygeplejen ikke er bevidst om den rehabiliterende måde at arbejde på med borgere og de positive effekter, det forventes at medføre:

"I: Har i tiltro til, at de andre aktører arbejder på måder, der er bedst mulige for det samlede resultat?"

R: Nej, det har jeg ikke. Det kan godt være, at de synes, at de gør det, men det tror jeg ikke, at de gør, for hjemmesygeplejen er simpelthen ikke bevidst om den rehabiliterende tilgang, og hvad den betyder for borgeren." (Bilag 5)

Hun mener dermed, at årsagen til at hendes afdeling Afklaring og Forebyggelse og hjemmesygeplejen ikke har et fælles mål, er, at de to afdelinger har divergerende fokuspunkter i arbejdet med borgerne.

Dog er dette standpunkt, om at sygeplejerskerne har et andet fokus, også et som hjemmesygeplejelederen opfatter på samme måde:

"Man kan tydeligt mærke, at terapeuterne har nogle andre kompetencer i forhold til at arbejde mere med læring og rehabilitering. Sygeplejersker er nok skolet mere med, uddannelsesmæssigt, med at tage over og hjælpe og omsorg. Altså kompenserende hjælp. Men vi prøver at have fokus på det, og vi prøver at minde hinanden om, at det så er sådan, man nu gør i Aalborg Kommune, og man skal prøve at lade disse mennesker leve så selvstændigt et liv, som de overhovedet er i stand til at gøre, og jeg vil sige, at vi arbejder på det, men vi er ikke verdensmestre i det." (Bilag 8)

Det tyder altså på, at de to afdelinger ude i praksis godt kan have forskellige mål når de arbejder med borgere. Dog er det også noget, som man i hjemmesygeplejen anerkender, der eksisterer, hvorfor det må formodes, at man arbejder henimod, at medarbejderne på tværs af afdelinger i højere grad arbejder ud fra det samme overordnede mål.

Det er dog i særlig stor grad hjemmeplejen, som de forskellige afdelinger og faggrupper i Myndighedsafdelingen giver udtryk for, ikke arbejder ud fra de samme kriterier, som de gør i det daglige arbejde. De divergerende mål mellem eksempelvis Afklaring og Forebyggelse og hjemmeplejen skyldes ifølge lederen af Afklaring og Forebyggelse mangel på fælles arbejdskulturer. Hun har således fokus på, at det er forskellige arbejdskulturer og arbejdsstrukturer, som er afgørende for, hvorfor samarbejdet med hjemmeplejen møder udfordringer; hvorfor samarbejdet med hjemmeplejen møder udfordringer:

"Det er ligesom at hjemmeplejen, det har noget med kørelistes at gøre for at nå borgeren, og meget med sygefravær og alt muligt. Mens vi har fokus på at gøre borgeren selvhjulpne, så skal hjemmeplejen bare igennem de her borgere hver eneste dag. De er meget driftsbetonede. Altså hvis det skal være sådan, så

tænker jeg, hvor er visionerne henne? Visionen for dem er at de har nået alle borgerne når de går hjem kl. tre om eftermiddagen. (Bilag 5)

Dette udsagn bakkes op af udskrivningskoordinatorerne, hvor det især er rammerne, altså arbejdsstrukturerne, der beskyldes for at være årsag til, at grundtanken om at gøre borgerne selvhjulpne igennem rehabilitering, kan have svære vilkår:

"R4: Og jeg tænker nogle gange, om hjemmeplejen altid kender til, hvad rehabilitering er, fordi de har også en tidsramme, og så er det nogle gange hurtigere at jage til at gøre tingene. [...]"

R2: Jeg har en fornemmelse af, at alle har det samme mål, det er bare, de her rammer omkring det, der nogle gange kan gøre, at så kan det ikke lade sig gøre, fordi tiden ikke er til det. Jeg tror tiden er en væsentlig faktor." (Bilag 4)

Medarbejdere i hjemmeplejen forklarer da også at deres minutstyring, hvor de får tildelt præcise minutnormeringer til at udføre opgaver hos den ældre borger, giver udfordringer i rehabiliteringen:

"R2: Altså det kan godt være lidt svært. Vi havde en borger, [...] når han så lige skulle vaskes og så videre, man skulle skubbe ham over på siden, og så havde terapeuterne været der og lavet en meget, meget fin plan om, hvordan det her skulle foregå, med den lift han havde. Og det var sådan noget med det stykke, han lå på, det skulle deles i to, og så skulle du sætte liften på det ene, for eksempel det nederste stykke, og så kunne du lige vippe ham der eller sætte det på det øverste stykke, og så kunne du vippe ham sådan, og jeg tænke: Hold kæft, det har jeg sgu da ikke tid til. Og hvis det skulle ske, som de vil have, så skulle jeg nok bruge 25 minutter bare på det. Og det havde jeg ikke engang til besøget. Så nogle gange der er det fint, de har en plan, og det skal være sådan og sådan, men andre gange, hvor man bare også tænker, de står jo ikke i det til daglig."

R4: Og det er heller ikke dem, der søger tiden hjem til det

R2: nej lige præcis. Så der blev det altså gjort, som jeg plejer at gøre.

I: Og det var der ikke nogen ulemper i?

R2: Ikke for mig, nej" (Bilag 11)

Her lægger hjemmeplejeren altså vægt på, at hun ville kunne spare tid ved at udføre opgaven, som hun plejer. Hvis hjemmeplejeren derimod skulle arbejde efter terapeutens anvisninger, ville det tage længere tid at udføre opgaven end normeret. Til sidst udleder hun, at der for hende ikke er nogle ulemper ved at udføre opgaven selv, men lægger samtidig op til, at der kunne være ulemper i det for andre aktører. Det fremgår altså her, at der ikke altid bliver tænkt i helhedshensyn eller fælles målsætninger, når der arbejdes tværfagligt omkring rehabiliteringsindsatser. Den pågældende hjemmeplejer påpeger også, at det ikke er terapeuterne, der søger tiden hjem til at løse opgaven. I det udsagn gemmer der sig en utilfredshed med, at selvhjælpsterapeuterne sætter et mål op om at arbejde rehabiliterende uden hensyntagen til hjemmeplejens travle arbejdsgange.

Dette perspektiv henleder til, at der kunne være en underorganisering af grænsefladen mellem selvhjælpsterapeuterne og hjemmeplejen. Målet for opgaveløsningen står uklart, fordi der ikke er en ureguleret struktur, idet tidsrammen ikke tilsvarende den tid, det vil tage at løse opgaven på rehabiliterende manér. Derudover ligger der også et perspektiv om, at autoriteten fremstår uklar. På trods af at selvhjælpsterapeuterne har lavet en plan til hjemmeplejen for rehabilitering, kan de ikke bevillige mere tid til hjemmeplejens rehabiliterende arbejde. Det betyder, at målet om at arbejde rehabiliterende bliver fragmenteret. Med andre ord kommer selvhjælpsterapeuterne og hjemmeplejen ikke til at dele opgaveløsningen, hvilket planen må siges at være tiltænkt i første omgang.

Også lederen af Afklaring og Forebyggelse giver udtryk for, at der er specifikke udfordringer forbundet med hjemmeplejens tidsnormering, som direkte kan afledes af, at man ikke har det samme fokus i rehabiliteringsindsatsen:

" [...] vi vil jo rigtig gerne sige til hjemmeplejen, når de kommer ud til disse borgere, at det tager jo mere tid, hvis man skal holde hænderne på ryggen. Du får visiteret 20 minutter, men så forventer vi også at du bruger de 20 minutter ude ved fru Jensen, til at holde hænderne på ryggen. Vi forventer ikke at fordi din kollega er syg, at du så kan nå et besøg mere. Det har noget med tillid at gøre. Men det siger vi altså til dem, fordi det har været sådan at de ikke kan få tid nok hos os. Men vi vil gerne give tid til at du kan lave det her rehabilitering, og kan fortsætte med det i en periode." (Bilag 5)

Som det kan udledes af ovenstående citat, er der i Afklaring og Forebyggelse ikke ubetinget tiltro til, at hjemmeplejerne arbejder rehabiliterende, hvilket kan bunde i, at aktørerne ikke har fælles mål. Dog beskriver hjemmeplejelederen, hvordan man er ved at udvikle en større forståelse for hinanden blandt samarbejdspartnerne på baggrund af, at man i højere grad er begyndt at mødes fysisk:

"jeg [red. har] også tiltro til, at hvis der er et eller andet, som de synes, der kan gøres bedre, at de så kontakter os. Og det kan vi jo se, at det sker nu, efter vi er begyndt at se hinanden." (Bilag 8)

I ovennævnte citat tyder det altså samtidig på, at man ved at mødes fysisk får en større forståelse af hinanden og derved har lettere ved at udvikle fælles mål mellem aktørerne, da der udvikles et tættere samarbejde i det rehabiliterende arbejde, end der førhen har eksisteret. Udover hjemmeplejelederen giver lederen af Udskrivningsenheden således også udtryk for, at det er en proces, der er ved at lykkes:

"Men det handler jo om at få dem til at se lyset i, at dette også giver mening. Jeg kan selv huske, da jeg var afsted, for efterhåndende fem år siden for at sælge dette 'produkt' til hjemmeplejen. Jo, man kunne godt se rationalet i det, men at man arbejder for at gøre sig selv arbejdsløs, den er sgu svær at sælge. Men det er vi forbi i dag føler jeg." (Bilag 3)

"Det har været sådan i forvaltningen, at træning før pleje har været sådan et myndighedsprojekt, og med øje for at spare nogle penge. Den del er vi sådan set forbi. Det er efterhånden en del år siden. Nu er vi så nødt til at sætte os sammen og finde ud af, hvordan vi får løftet borgeren mest muligt." (Bilag 3)

Det kan altså i udtalelserne af Udskrivningsenhedens leder udledes, at man i dag har udviklet et fælles mål på tværs af aktørerne, der bygger på at gøre borgerne selvhjulpne. Lederen udtrykker samtidig, hvordan dette fælles mål var en vigtig komponent bag, at man nu i samarbejde kan finde ud af, hvordan man i forvaltningen hjælper borgerne på bedst mulig vis. Forståelsen om at organisationens enheder i højere grad skal se hinanden som samarbejdspartnere end modstandere, bliver desuden også berørt af lederen af Afklaring og Forebyggelse:

"Det er ikke Myndighedsafdelingens borgere, det er vores borgere i Ældre- og Handicapforvaltningen. [...] Så er der også etableret nogle fora med fagkonsulenter, med hjemmeplejeledere ude rundt omkring, for at gribe rehabiliteringsbolden og for at se på om der er nogle knaster og udfordringer."

Lederen giver altså udtryk for, at man i fællesskab skal løse de udfordringer, der er med hjemmeplejen eller andre samarbejdspartnere i rehabiliteringsarbejdet. Dette gøres for, at man kan få fælles mål i stedet for at udvikle divergerende mål og forståelser i Myndighedsafdelingen i forhold til resten af forvaltningens afdelinger. Der er altså en fælles forståelse om, at der er behov for at skabe et tæt samarbejde med hinanden for at styrke rehabiliteringsindsatsen for borgerne. Grænsefladen bevæger sig dermed væk fra at være underorganiseret, som det tidligere var tilfældet, og over mod at være moderat organiseret og indeholdende produktiv konflikt. Her kan det ud fra aktørernes udtalelser udledes, at man i grænsefladen har interorganisatorisk problemløsning, da man har, eller prøver at udvikle, enslydende mål, men tager sig af forskellige dele af opgaveløsningen.

7.2.3 Opsummering Fælles mål

I temaet *Fælles mål*, er det blevet belyst, hvordan der blandt visse aktører er en forståelse af, at der eksisterer separat opgaveløsning i forvaltningen, hvor aktørerne i praksis i højere grad fokuserer på egne mål end på fælles mål i et organisatorisk perspektiv. Dette er på trods af, at alle aktørerne angiver enslydende mål, når de blev adspurgt til deres egne mål for rehabiliteringsarbejdet. Dog har det øgede samarbejde mellem afdelingerne givet aktørerne en bedre forståelse for hinanden og på baggrund af dette en større grad af fælles opgaveløsning. Derfor bevæger konfliktniveauet sig i dag i højere grad over mod at være produktiv konflikt, hvor aktørerne mødes i forskellige fora og diskuterer opgaveløsningen. Dette gøres for at blive klogere på andre aktørers udfordringer og sikre, at aktørerne ikke ubevidst påvirker hinandens indsatser negativt, hvilket skal medvirke til en mere helhedsorienteret opgaveløsning. Det er sandsynligvis et forsøg på at overkomme de underorganiserede grænseflader, hvor de differentierede tilgange har gjort det svært at arbejde med fælles mål.

7.3 Fælles viden

I de forrige analysedele er det blevet belyst, hvordan gensidig respekt og fælles målsætninger er kommet til udtryk i det tværgående samarbejde i rehabiliteringsindsatsen, samt hvordan disse temaer har kunnet påvirke det tværgående samarbejde. Det følgende analyseafsnit analyserer temaet

fælles viden. Her fokuseres på, hvilket kendskab afdelingerne har til deres samarbejdspartneres opgaver og viden. Mangel på fælles viden kan medføre et stort bureaukratisk spild, idet der kan blive brugt ressourcer på at oparbejde viden, der allerede eksisterer i andre dele af organisationen, eller ved at eksisterende viden ikke bliver brugt i opgaveløsningen. Begge aspekter medfører en mindre effektiv og fragmenteret opgaveløsning. Fælles viden er dermed en forudsætning for, at den bedst egnede afdeling kan løse en opgave på den bedst mulige måde.

Blandt de fire afdelingers aktører er det tvetydigt, hvorvidt der er fælles viden, uagtet at aktørerne er enige om, at fælles viden er utroligt vigtigt. Eksempelvis har lederen af Udskrivningsenheden følgende forståelse af fælles viden:

"Ja, altså, jeg tænker, at det her handler om: Ved den højre hånd, hvad den venstre hånd laver? Hvis man ved det, jamen så står vi jo enormt stærkt. Men vi er en stor forvaltning på 6500 medarbejdere. At få alle til at arbejde det samme sted hen, det kræver noget, det er ikke bare lige gjort." (Bilag 3)

Her er det tydeligt, at lederen af Udskrivningsenheden har en forståelse af, at fælles viden er vigtig og efterstræbelsesværdigt. I hans beskrivelse forstår han forvaltningen i en holistisk sammenhæng på en sådan måde, at samarbejdspartneres kendskab til hinandens arbejdsopgaver er vigtige for at sikre en god opgaveløsning. Han bruger her talemåden: *Ved den højre hånd hvad den venstre hånd laver* til at beskrive, at der kan være usikkerhed om, hvorvidt denne fælles viden eksisterer. Talemåden benyttes desuden af udskrivningskoordinatorene i deres fokusgruppeinterview til at beskrive udfordringerne i at oparbejde fælles viden på tværs. Lederen af Udskrivningsenheden, påpeger dog også, at forvaltningens størrelse på 6500 medarbejdere er en af de faktorer, der kan besværliggøre oparbejdelsen af fælles viden.

Fælles viden handler om at kende til andres viden, altså andres faglige kompetencer, eksempelvis, hvilke erfaringer man har gjort sig i udførelsen af sin opgavevaretagelse. Ved en god fælles viden er parterne bevidste om, hvad man kan lære af andre, fordi samarbejdsparter besidder noget viden, som den enkelte ikke selv i samme grad besidder. Samtidig beskriver fælles viden situationer, hvor parterne har en fælles forståelse for opgaveløsningen. Dog oplever lederen af Afklaring og Forebyggelse, at der stadig er store forbedringspotentialer i denne henseende blandt andet i forhold til hjemmesygeplejen:

"Jeg tænker at hjemmesygeplejen, der burde vi kunne spille hinanden noget mere på banen. Hjemmesygeplejen er uopdyrket land. Hvis du spørger dem, hvad rehabilitering er fx, så var jeg til en KL-workshop i december, der sad jeg sammen med en hjemmesygeplejerske som spurgte hvad §83 a er." (Bilag 5)

Lederen af Afklaring og Forebyggelse giver altså her udtryk for, at der i hjemmesygeplejen er et stort læringspotentiale, når det kommer til rehabilitering. Denne forståelse deles af hjemmesygeplejelederen, som også giver udtryk for, at hun også ser et potentiale i, at de to afdelingerne udvikler en større grad af fælles viden:

"Vi kan lære rigtig meget af hinanden, og jeg vil sige, at i forhold til det her med rehabilitering, så er det ikke det, vi (red. hjemmesygeplejersker) er skarpest i. Der kan vi meget tydeligt se at de (red. Myndighedsafdelingen) har et andet fokus. Det med at sidde på hænderne som sygeplejerske, hvor vi skal vejlede og guide, det er ikke det, der falder nemmest." (Bilag 8)

Her kommer det klart til udtryk, at hjemmesygeplejelederen har en selvindsigt i, at hendes afdeling kan lære af deres samarbejdspartnere i Myndighedsafdelingen i forhold til rehabilitering. Endvidere siger hun i et følgende udsagn, at det giver mening at få andre samarbejdspartners, eksempelvis hjemmeplejens, viden med i vurderingen af en borger, fordi de sidder med noget viden om borgeren, som hjemmesygeplejen ikke har:

"[...] selvom vi er ret forskellige fra hjemmeplejen, så kan de have et mere kontinuerligt besøg, så de kan i hvert fald kende de her mennesker bedre end vi gør. Så jeg tænker at det giver god mening, at man hjælpes og drøfter, hvad der gøres for at rette op på mennesket." (Bilag 8)

I begge udsagn fra hjemmesygeplejelederen observeres der en tilgang til produktiv konflikt i form af interorganisatorisk problemløsning. Der er fælles interesser om at lære af andres kompetencer, som lederen her udtrykker ved, at hjemmesygeplejerskerne af selvhjælpsterapeuterne kan lære at sidde mere på hænderne. Endvidere kan hjemmesygeplejen lære af hjemmeplejen, idet de har mere kontakt med borgerne, hvorigennem de kan få relevant viden af deres erfaringer.

Interorganisatorisk problemløsning kommer til udtryk ved lederens åbenhed overfor samarbejdspartnere og interessen for høj allokering af information.

Fælles viden er for selvhjælpskoordinatorerne helt fundamental for, at de kan fuldføre deres job. Selvhjælpskoordinatorerne besvarer spørgsmålet om, hvorvidt de har en god forståelse for andres kompetencer på følgende måde:

"R1: Ja, det synes jeg.

R2: Det synes jeg også.

R3: Som koordinater er vi faktisk lidt nødt til, at skal have en viden. Ellers ved vi ikke, hvem vi skal sætte i gang, med hvad. Så det er jo helt grundlæggende for en koordinator at vide, hvilke kompetencer andre har, tænker jeg." (Bilag 6)

Selvhjælpskoordinatorerne oplever derved, at fælles viden er en nødvendighed for, at de kan fuldføre deres job, da de skal vide, hvem de skal sætte til at løse en specifik opgave.

Selvhjælpskoordinatorernes udsagn om at fælles viden er grundlæggende for deres arbejde, beror på produktiv konflikt i form af den interorganisatoriske overenskomst. Her agter selvhjælpskoordinatorerne at kontrollere samarbejdspartnernes interaktioner og styre de informationer, der er mellem partnerne, så indsatsen er så velovervejet som muligt. Selvhjælpskoordinatorerne forsøger at dele og indsamle informationer, således der arbejdes efter den bedste fælles løsning.

Manglen på fælles viden kan skabe misforståelser eller bevirke, at man ikke værdsætter andres indsats. Ved manglende vidensdeling er der altså risiko for, at der bliver for lidt, eller for meget konflikt.

7.3.1 Fælles viden gennem erfaring

Den fælles viden som hersker mellem samarbejdspartnerne, dannes dels gennem oplæringen i kommunen og dels gennem de erfaringer, der foretages i udførelsen af arbejdsindsatsen, hvor der eksisterer grænseflader.

Men den fælles viden etableres også tidligere i processen eksempelvis gennem den uddannelsesmæssige baggrund, som de respektive faggrupper besidder. Selvhjælpsterapeuterne har i den henseende oplevet, at de nyuddannede hjemmeplejere har en bedre forståelse for rehabilitering. Selvhjælpsterapeuterne beskriver, at hjemmeplejen er blevet bedre til at arbejde rehabiliterende. Det

forklarer de ved, at hjemmeplejen har fået mere fokus på at arbejde rehabiliterende, idet rehabilitering er blevet en del af deres uddannelse. I følgende citat kommer det til udtryk, at uddannelsen har været med til at skabe en bedre fælles viden:

"R3: I gamle dage var det (red. rehabilitering) ikke noget, de (red. hjemmeplejen) havde på deres uddannelser, men det har de jo nu.

R1: Ja, det er rigtigt. Det har de nu.

R3: Så efterhånden som der kommer flere unge ud fra uddannelsen, så rykker det noget." (Bilag 7)

Det ligger klart i denne forståelse, at et grundelement for at have fælles viden, er, at man er skolet nogenlunde ens. Alle skal ikke nødvendigvis have samme uddannelse, men det er fordelagtigt, at de respektive fagligheder har en fælles grundforståelse, således at der i hjemmeplejen også arbejdes med rehabilitering i et vist omfang under uddannelsen.

Selvhjælpsterapeuterne giver også udtryk for, at en øget fælles viden med hjemmesygeplejerskerne kunne forbedre den tværgående indsats. Selvhjælpsterapeuterne oplever eksempelvis, at hjemmesygeplejerskerne lover borgeren hjælpemidler eller lignende, uagtet, at de ikke har den krævede viden eller myndighed til at lave en sådan bevilling. Ud fra de informationer blev selvhjælpsterapeuterne spurgt ind til, om det kunne det hjælpe at møde hinanden og derved få en bedre forståelse af hinandens roller i borgerindsatserne:

"Jeg tror, at det vil være rigtig godt, at vi på en eller anden måde, at vi undgår nogle misforståelser i, hvad det er, vi egentligt arbejder med, hvad er det, sygeplejerskerne arbejder med, og hvad er det egentligt, sygeplejerskerne har i hjemmet. Der kan nogle gange godt opstå sådan nogle misforståelser, tror jeg." (Bilag

7)

Her er tilsagn om, at selvhjælpsterapeuterne oplever, at det direkte møde med samarbejdspartnerne kan være godt, og sikre at der undgås misforståelser.

Selvhjælpsterapeuterne oplever endvidere at den fælles viden, der måtte komme på baggrund af borgerbesøg, vil være til gavn for alle parter, idet eksempelvis både hjemmesygeplejersker og selvhjælpsterapeuter er interesseret i at indfange en stor del af de samme informationer:

"R1: Der kunne jeg godt se, at der vil det være helt optimalt, at vi havde det møde (red. første besøg ved borger efter udskrivelse) på samme tid. Hvis det på en eller anden måde kan lade sig gøre. Men det kræver noget koordinering. Jeg kan virkelig godt se en fordel i, at vi holder det møde sammen.

R3: Ja, også fordi 50% eller mere af de oplysninger, som vi gerne vil vide, er det samme, som de gerne vil vide. [...] der er bare en rigtig stor fælles masse, som det vil give god mening, så borgeren ikke skulle sidde og gentage sig selv. Det vil være rigtig fint for alle parter. Det er bare svært i praksis." (Bilag 7)

Selvhjælpsterapeuterne ser det som en fordel at komme ud til borgeren på første besøg samtidig med hjemmesygeplejersken, idet begge samarbejdspartnere får den samme information med fra det første møde. Derudover er det andet perspektiv at undgå, at borgeren ikke skal gentage sig selv for mange gange. Selvhjælpsterapeuterne forklarer i interviewet, at der er en 'fælles masse' på cirka 50 procent, som begge samarbejdspartnere skal bruge. Et fælles første møde hjemme ved borgeren vil altså efter selvhjælpsterapeuternes opfattelse være optimalt. Dog udleder de også, at det vil være svært i praksis at få til at lykkes.

At besøge borgeren samtidig, kan give interorganisatorisk problemløsning. Fællesmødet giver som udgangspunkt et åbent forhold til hinanden, hvor den tilgængelige viden deles mellem begge samarbejdspartnere. Fælles borgerbesøg giver endvidere også muligheden for at få kendskab til hinandens informationer, hvorved der er en høj allokering af informationer.

Endvidere arbejder selvhjælpskoordinatorerne med konkrete initiativer for at skabe fælles viden gennem direkte møder, som blandt andet er beskrevet af en selvhjælpskoordinator i følgende udtalelse:

"Jeg ved at vores fagkonsulent har talt noget om, at der var én eller to (red. fagkonsulenter) der kunne tage med rundt på personalemøderne ved fx hjemmesygeplejen, fx det med nødkald, der har været et problem. Det kunne også være i

forhold til rehabilitering, fordi hjemmesygeplejen er ikke nået så langt, som vi er i forhold til den rehabiliterende indsats. At man ligesom tager små skridt ved at komme med til deres møder og fortælle om nogle små dele af nogle ting eller succeshistorier, som vi har haft. Hvor vi fx laver en case. Jeg tror, at det kunne være rigtig godt for samarbejdet, også fordi så de kan se, at det ikke er farligt at ringe og spørge om: Nu er vi tvivl om det her, hvordan gør vi det?" (Bilag 6)

For at styrke fælles viden har selvhjælpskoordinatorene taget initiativ til at tage rundt til de respektive samarbejdspartnere for netop at fortælle, hvordan de håndterer situationer. Det fysiske møde bliver her prioriteret for at styrke samarbejdet mellem parterne og for at sikre, at der bliver skabt en bedre fælles viden, så det bliver mere naturligt at ringe til hinanden for at løse givne udfordringer.

Lederen af Afklaring og Forebyggelse nævner netop selvsamme indsats, der skal styrke den fælles viden:

"To af mine fagkonsulenter, hende der står for selvhjælpsterapeuterne og hende der står for selvhjælpskoordinatorene. De tager på rundtur ude i hjemmeplejegrupperne, og siger her er vi, og det er det vi laver. Så tager de på rundtur i samtlige grupper i hele Aalborg kommune, for at alle medarbejderne skal vide hvad det er vi står for, hvordan kan i henvende jer til os. Vi har brug for jer, i skal se os. I er en ressource for os, men i skal også se at vi kan være med til at udvikle jeres kompetencer." (Bilag 5)

Ud over at fortælle om, hvad henholdsvis selvhjælpsterapeuterne og selvhjælpskoordinatorene laver, er formålet også at sikre, at alle grupper får et mere rehabiliterende fokus, samt at de ved, hvor de skal henvende sig, hvis de er i tvivl om noget vedrørende rehabiliteringsarbejdet. Dette skal danne en større fælles viden på tværs af fagligheder. Endvidere anvender fagkonsulenterne dog også møderne til at oparbejde gensidig respekt, i og med at det skal blive tydeligt, hvordan samarbejdspartnere er gensidigt afhængige af hinanden.

Vedrørende samarbejdet mellem de to myndighedsenheder Afklaring og Forebyggelse og Udskrivningsenheden fortæller lederen af Afklaring og Forebyggelse, hvordan grundstenene er blevet lagt for et bedre samarbejde mellem afdelingerne på baggrund af projektet *Tidlig Indsats*:

"I projektet Tidlig Indsats, var der nogle (red. medarbejdere fra Afklaring og Forebyggelse) der var ude at sidde derude (red. I Udskrivningsenheden) nogle dage, for at finde ud af, hvad er det egentligt der sker derude. Det var rigtigt givtigt. Det fremmer altså forståelsen for hinanden. Derfor har vi lavet, [...] en plan og jeg tror egentligt at der var to derude i sidste uge, hvor vi laver noget udveksling, sådan at alle på skift prøver at komme derud. Så skal vi også have nogen herind i vores afdeling." (Bilag 5)

Der skabes altså en vigtig fælles viden i den fysiske tilstedeværelse, hvor nogle af de uklarheder der måtte være, bliver afmystificeret. Denne udveksling har først og fremmest øget forståelsen mellem Afklaring og Forebyggelse og Udskrivningsenheden, og endvidere skabt et grundlag for vidensdeling mellem afdelingerne. Selvhjælps terapeuterne beskriver, at udvekslingerne har været med til at afklare mange af de spørgsmål, som tidligere er opstået hos begge parter om hinandens arbejdsindsats. Ifølge lederen af Afklaring og Forebyggelse har denne tilgang potentiale til at styrke fælles viden endnu mere og skabe mere fleksibilitet mellem samarbejdspartnerne:

"Derudover har vi også aftalt med Michael der er leder af Udskrivningsenheden, at hvis de skal på nogle kurser eller andet, så kan vi altså tage deres telefoner, vi kan hjælpe hinanden på den måde. Det er jo igen for at komme et skridt nærmere hinanden. De sidder og gør noget, og vi tænker, hvorfor gør de det?" (Bilag 5)

Den fælles viden vil altså gøre, at samarbejdspartnerne vil kunne løse hinandens opgaver bedre og derved skabe mere fleksibilitet for de respektive parter. Lederen af Afklaring og Forebyggelse beskriver, at løsninger af hinandens opgaver kan være med til at øge forståelsen yderligere. Ved at varetage hinandens opgaver vil der være en forståelse af, hvilke rammer der er for opgaverne. Endvidere kan der i vidensdelingen mellem partnerne komme løsningstilgange til, hvordan man kunne løse opgaverne bedre end den måde, de bliver løst på i dag. Det kan her komme frem i lyset, hvilken viden der for samarbejdspartnere er relevant, og hvad der ikke er relevant.

På trods af at der tilsyneladende er ved at udvikle sig en større fælles viden mellem Udskrivningsenheden og Afklaring og Forebyggelse, er der dog ifølge lederen af Afklaring og Forebyggelse stadig

klare forbedringspotentialer i samarbejdet mellem afdelingerne, hvilket kunne opnås ved at sammenlægge de to afdelinger:

"Når sygehuset ringer til dem (red. Udskrivningsenheden) og siger at fru Jensen skal have hjælp til det og det, så skal de jo formidle det videre til os, som skal udføre det. Så sygehuset kunne jo i realiteten ringe til den koordinator, som sidder i vores team [...] Så man kan sige at i stedet for at Udskrivningsenheden, eller sygehus, Udskrivningsenhed og så os, så kunne det godt det godt være at man kunne køre lige til os i stedet for." (Bilag 5)

Hun beskriver altså, hvordan en sammenlægning ville kunne effektivisere arbejdsprocesserne, ved at formidle information til færre aktører, hvilket kunne medføre en større fælles viden mellem de tilbageværende aktører.

Den fælles viden, der skabes gennem erfaringer, kan også skabes på et personspecifikt plan. Det sker eksempelvis, i og med at medarbejdere fra en afdeling ansættes i en anden afdeling, og i den transaktion får en bedre holistisk forståelse, i og med at medarbejderen nu har viden og forståelse for, hvordan udfordringer løses i de respektive afdelinger. Dette beskriver en medarbejder eksempelvis, der nu arbejder i Udskrivningsenheden:

"jeg kom faktisk også herud ude fra hjemmesygeplejen og har altid og hele tiden tænkt, det der Udskrivningsenhed, det er mega unødvendigt, fordi det er bare folk, der sidder derude og fortæller mig, hvad jeg skal. Men så kommer man herud, og ser hvor stort et arbejde, og hvor omfattende det egentlig er, ikke, og hvor stort et arbejde der er lavet, når det kommer ud og lander på kommunens bord. Så jeg tror også det er på grund af, man ikke ved, hvad hinanden laver."
(Bilag 4)

Denne udskrivningskoordinator har altså tidligere arbejdet i hjemmesygeplejen, hvor hun ikke havde en reel viden om, hvilken del af den fælles opgaveløsning Udskrivningsenheden udførte. Det kan udledes, at hun i sin tid i hjemmeplejen ikke havde respekt eller forståelse for Udskrivningsenhedens del af opgaveløsningen. Med baggrund i Gittells teoretiske rammer kan manglen på denne

gensidige respekt altså bunde i mangel på fælles viden om hinandens roller i den samlede opgaveløsning.

At forskellige fagpersoner mødes hjemme ved borgeren, inden en indsats igangsættes, kunne være en måde at forbedre den fælles viden i den rehabiliterende indsats. Dette uddybes eksempelvis af hjemmesygeplejelederen i følgende citat:

"Når vi er ude og lave sådan en vurdering, så laver vi det, vi kalder en udredning. Der havde vi egentligt tanker om, at vi ville mødes med den faglige koordinator (red. Selvhjælpskoordinator) ude i hjemmet, fordi de har ét sigte i forhold til at arbejde rehabiliterende, og træne, mens vi har et andet." (Bilag 8)

Senere i interviewet uddyber hjemmesygeplejelederen og forklarer, at et telefonopkald kan være med til at bygge bro til Myndighedsafdelingen:

"Jeg tænker, at vi skal blive endnu bedre til at bygge bro til Myndighedsafdelingen. Vi er jo to forskellige afdelinger, og jeg tror, at vi vil kunne have meget glæde af i højere grad at snakke sammen. Lige gribe telefonen og lave de aftaler ude ved borgeren." (Bilag 8)

Her beskrives det tydeligt, at fælles viden vil være en styrke for de fælles arbejdsprocesser. At ringe til hinanden vil gøre det muligt at mødes ude ved borgeren for at kombinere de respektive fagligheder. For mens hjemmesygeplejerskerne har et sigte på at lave en sygeplejefaglig udredning, har selvhjælpskoordinatorerne et sigte på at arbejde rehabiliterende for at øge borgerens selvhjulpenshed og funktionsevne. Derved vil de to forskellige tilgange kunne complimentere hinanden ude ved borgeren, og deres fælles viden ville styrkes.

Eftersom samarbejdspartnerne i dag ikke som udgangspunkt mødes ude ved borgerne, og altså ikke får de fordele ud af det, som der måtte være, er det tegn på en underorganisering i grænsefladen. Der er en intention om, at samarbejdspartnerne kan forbedre opgaveløsningen, men der er en mangel på formel regulering. Det kan endvidere henlede til interorganisatorisk isolation, idet den underorganiserede grænseflade medvirker, at parterne ikke løser opgaven i fællesskab. Manglen på fælles borgerbesøg mellem hjemmesygeplejen og Myndighedsafdelingen har endnu ikke ført til

konfrontationer, men den har til gengæld medført en mangel på fælles viden, der, som tidligere nævnt, kunne være til gavn for den tværfaglige indsats.

En anden tilgang, til at sikre fælles viden gennem møder, er triagering. Både hjemmesygeplejen og hjemmeplejen omtaler brugen af triagering som værende meget udbytterigt for deres forsøg på at opnå fælles viden mellem afdelingerne. Hjemmeplejelederen beskriver det således:

"Jeg synes faktisk, at efter vi er begyndt at triagere, eller holde de her triagemøder med sygeplejerskerne, er der begyndt at komme en øget forståelse for hinanden. Rigtig meget. Det er blevet et rigtig godt samarbejde." (Bilag 10)

Triagemøderne beskrives her af hjemmeplejelederen som en succes, da møderne skaber en øget forståelse medarbejderne imellem. Triagemøderne har, ud over at skabe fælles viden om, hvordan henholdsvis hjemmesygeplejerskerne og hjemmeplejerne tilgår en given opgave, også bevirket, at der er kommet et rigtig godt samarbejde, jævnfør hjemmeplejelederen.

En anden tilgang, der adskiller sig fra de forståelser af møder og triagering, hvor eksplicitte løsnings-tilgange er i fokus, er at dele viden gennem observationer. Hjemmeplejelederen beskriver her, at hjemmeplejen kan lære meget af at være med ude ved de nye borgere:

"Forbedringen kunne så være, at vi blev inviteret med, når de var ude og rehabilitere nye borgere. Det tænker jeg, det kunne mine medarbejdere lære rigtig meget af, fordi terapeuterne er jo eksperter på det, så der kunne vi lære rigtig meget." (Bilag 10)

Hjemmeplejelederen beskriver her, hvordan hun ser selvhjælpsterapeuterne som eksperter i at arbejde rehabiliterende, samt at denne ekspertviden kunne hendes medarbejdere lære af ved at komme ud til den første rehabiliterende indsats af de nye borgere. At være med på den første rehabiliterende indsats ville altså kunne skabe et forum, hvor selvhjælpsterapeuterne kan dele deres ekspertviden med hjemmeplejerne, hvorved den fælles viden styrkes.

7.3.2 Fælles viden er grundlaget for god forberedelse af rehabiliteringsindsats

Fælles viden medvirker til, at medarbejderne er bedre forberedt til at udøve den forestående rehabiliterende indsats. Det kommer i følgende citat til udtryk, at hjemmeplejerne værdsætter den viden, de har fået forud for deres besøg ved en borger:

" R4: Altså, det er jo meget rart, når man kommer ud til folk, at man ved om de har en svær lungesygdom, eller om de har en brækket arm.

R2: Eller om de kan gå." (Bilag 11)

Den viden som er givet videre, har her været med til at gøre, at medarbejderne i hjemmeplejen bliver bedre klædt på til opgaveløsningen. Endvidere udtrykker de, at det er rart at vide, hvilken type opgave de kommer ud til.

En fælles tilgang til at løse en given udfordring kommer til udtryk i følgende citat fra en af medarbejderne i hjemmeplejen:

"Der er nogle hjælpemidler, der ikke helt fungerer, når vi skal have ham forflyttet i sengen. Men så har terapeuten så tilbudt at sige: Jamen jeg vil godt prøve at køre med ud, for hun kender ham rigtig, rigtig godt." (Bilag 11)

Hjemmeplejeren oplever her, at selvhjælpsterapeuten viser villighed til at tage med ud til borgeren for at løse udfordringen. Derved bliver der skabt en fælles viden om, hvordan det givne problem kan løses. Yderligere giver det en oplevelse af et godt samarbejde om den rehabiliterende indsats. Det samme oplever hjemmeplejerne ved deres egne kollegaer:

"R2: Man kan have en borger, der har en eller anden problematik og så kan man godt sige nede på vagtstuen fx, jeg ved simpelthen ikke lige hvad jeg skal gøre ved det her, sådan og sådan og sådan, og så er der måske en der har

R3: Nogle guldorn

R2: Ja, men altså vedkommende har måske prøvet noget tilsvarende og du kan prøve sådan og sådan. Og så prøver man det og måske virker det og måske virker det ikke. Jeg synes vi er rigtig gode til at bruge hinanden.

R3: Det synes jeg også. " (Bilag 11)

Her ses, at der bliver erfaringsudvekslet om udfordrende opgaver mellem kollegaer, der kan have erfaringer med lignende udfordring. En sådan udveksling kan være lettere at opnå med de

nærmeste kollegaer. Dog er det ikke hensigtsmæssigt, hvis denne udveksling er i stedet for en viden deling med eventuelle samarbejdspartnere.

Hjemmesygeplejen oplever dog, at udbredelsen af fælles viden er blevet større blandt samarbejdspartnere, fordi de kan følge en opgave uden direkte at være ude ved borgeren:

"Nej, men nu er vi alle begyndt at skrive i den samme journal. Det synes jeg har hjulpet lidt, fordi der kan man følge med i træninger, og hvordan det er. Vi skriver i den samme journal alle sammen, så der kan vi gå ind og læse." (Bilag 9)

Her beskriver hjemmesygeplejersken, at den viden som samarbejdspartnere indhenter, bliver bedre delt mellem parterne, idet alle skriver i samme journal. Derved kan hjemmesygeplejen følge med i træningen samt have en bedre forståelse for, hvordan hun på bedst mulig vis kan bruge sin faglige viden for at styrke den samlede borgerindsats. Fælles viden er her tydeligt med til at skabe effektivisering, idet den tilgængelige viden kan gøre opgaveløsningen mindre ressourcetung.

Uagtet en samarbejdspartners forsøg på at videregive information, på en så brugbar måde som muligt, er det ikke altid, at en anden samarbejdspartner oplever, at den viden kan bruges i praksis. En hjemmeplejer beskriver i følgende citat, hvordan der er uoverensstemmelser mellem hende og en selvhjælpsterapeut angående den mængde sonde mad, en borger skal indtage:

"R2: [...] der er terapeuterne jo meget inde over, at han skal spise så og så meget. Jamen, det kan han ikke, vel. Altså. Der er vi ikke helt enige, terapeuterne og så mig, for han kan ikke have den mængde mad som de egentlig synes han skal have. Ja der er vi ikke enige.

I: Og så bliver udfaldet?

R2: Jamen udfaldet bliver, at vi har en fin seddel der hænger på hans køleskab, hvad han skal have på klokkeslæt, bum bum bum, og mængde og det hele ikke, men han får kun det halve af det. Og det ved de godt, han kan ikke have de mængder mad" (Bilag 11)

Selvhjælpsterapeuten oplyser, at borgeren skal indtage en vis mængde mad, hvilket hjemmeplejeren dog ikke mener, er realistisk. Det resulterer i, at hjemmeplejeren giver borgeren den mængde,

som hun mener er realistisk, velvidende, at det ikke stemmer overens med terapeutens anbefalinger. Den viden, som hjemmeplejeren har fået på forhånd af terapeuten, har hjemmeplejeren ikke oplevet som værende medvirkende til at løse opgaven mere effektivt. Endvidere er det interessant, at en sådan uoverensstemmelse ikke umiddelbart bliver løst konstruktivt. Det kan forklares, idet at der er tale om en konflikt, baseret på interorganisatorisk isolation. Selvhjælpsterapeuten og hjemmeplejeren undgår interaktion, uagtet de klare uenigheder. I en interorganisatorisk isolation er grænsefladen endvidere underorganiseret. Hjemmeplejerens ageren kan tyde på, at der mangler en formel regulering. Selvom selvhjælpsterapeuten har udarbejdet en klar plan for, hvad hjemmeplejeren skal gøre, fravælger hun at følge planen. Det kan være et eksempel på, at der er uenighed om autoritetsforholdet. Endvidere er samarbejdet fragmenteret, hvor begge parter i sidste ende arbejder parallelt med hinanden, snarere end sammen. effektivt. Endvidere er det interessant, at en sådan uoverensstemmelse ikke umiddelbart bliver løst konstruktivt. Det kan forklares, idet at der er tale om en konflikt, baseret på interorganisatorisk isolation. Selvhjælpsterapeuten og hjemmeplejeren undgår interaktion, uagtet de klare uenigheder. I en interorganisatorisk isolation er grænsefladen endvidere underorganiseret. Hjemmeplejerens ageren kan tyde på, at der mangler en formel regulering. Selvom selvhjælpsterapeuten har udarbejdet en klar plan for, hvad hjemmeplejeren skal gøre, fravælger hun at følge planen. Det kan være et eksempel på, at der er uenighed om autoritetsforholdet. Endvidere er samarbejdet fragmenteret, hvor begge parter i sidste ende arbejder parallelt med hinanden, snarere end sammen.

At have viden om, hvorvidt en given borger kan klare sig selv, efter at personen er udskrevet fra hospitalet, er essentielt, for at kunne igangsætte den bedst mulige rehabiliteringsindsats. De forskellige afdelinger har forskellige forcer, alt efter hvorvidt de er hjemme ved borgeren eller ej. At de involverede samarbejdspartnere har fælles viden om, hvilke rammer borgeren kommer hjem til, og hvilken funktionsevne borgeren havde forud for en indlæggelse, har ifølge lederen af Udskrivningsenheden stor betydning for den indsats, der iværksættes. Han beskriver, at særligt hjemmeplejerne og hjemmesygeplejerne spiller en vigtig rolle i dette:

"Der er hjemmeplejen en meget vigtig samarbejdspart i forhold til, hvorvidt det nu kan lade sig gøre at varetage plejen i egen bolig. Så det er ikke sådan, at vi udelukkende korresponderer i omsorgssystemet, det er lige så mange gange per telefon, hvor vi har fat i enten den koordinerende sygepleje, det kan også være

planlæggeren ude i plejen, det kan også være den enkelte udekørende [...]" (Bilag

3)

Derfor er dialogen med de samarbejdspartnere, som kommer hjem til borgeren, vigtig, idet de har noget viden, som er essentiel for den fremskudte visitation, som Udskrivningsenheden skal foretage. En uddybning af den type viden, som indsamles gennem erfaringer ude ved borgeren, beskriver lederen af Udskrivningsenheden i følgende citat:

"Det er jo klart, at hvis man eksempelvis er fra plejen, og man kommer ude i hjemmet og kender borgeren rigtig godt, er kommet der i flere år, måske, og kender pårørende. Så har man en særlig viden, som vi selvfølgelig som myndighed skal prøve at drage nytte af. Men vi har et serviceniveau og nogle kvalitetsstandarder, som er fastsat af vores udvalg, og det er selvfølgelig dem, vi som myndighed er sat i verden for at opretholde." (Bilag 11)

Er arbejdsgangene ude ved borgeren ens, er der et godt potentiale for at opbygge en givtig viden, der kan drages nytte af i Myndighedsafdelingen. En viden som ellers kan være svær for Udskrivningsenheden selv at indsamle. Men samtidig en viden som kunne skabe en bedre og mere effektiv opgaveløsning.

7.3.3 Fælles viden som modtages eller videregives mellem kollegaer eller samarbejdspartnere

At videregive eller modtage viden fra henholdsvis kollegaer eller samarbejdspartnere er essentielt for den fælles viden. Der er flere forskellige tilgange til at modtage og videregive informationer til henholdsvis samarbejdspartnere eller kollegaer. Det er derfor interessant at undersøge, hvordan information videregives og indsamles, samt hvilke overvejelser der ligger bag. Et eksempel på hvilken information der videregives, beskrives her af en hjemmesygeplejerske:

"Vi prøver virkelig at beskrive situationen så godt som muligt, hvor det er, vi ser problemerne [...] vi prøver at beskrive situationen så grundigt og godt som overhovedet muligt. I det her tilfælde har vi decideret et scoreskema, vi udfylder."

Her udtrykker hjemmesygeplejeren, at de gør deres bedste for at beskrive den problemstilling, som de observerer, således at andre kan gå direkte til opgaven og bidrage med deres tilgang. Endvidere

giver de et eksempel, hvor de anvender et scoreskema, hvorfra samarbejdspartnere ved, hvilken type borger der arbejdes med.

Hjemmeplejerne udtrykker, at det er nemmere at videregive eller modtage informationer fra sine kollegaer, som man har daglig korrespondance med, end det tilsvarende for samarbejdspartnere. I følgende udsagn fra medarbejderne i hjemmeplejen bliver det blandt andet tydeligt:

"Altså, vi snakker selvfølgelig sammen, og jeg fortæller, hvordan jeg gør det for, også at mine kollegaer, de kan måske gøre det på samme måde. Og så har vi også på vores kørelister et felt, der hedder bemærkninger, hvor man også kan skrive nogle ting i. Her skal du lige være opmærksom på det, og her gør vi sådan."

Hjemmeplejeren giver her information videre til sine hjemmeplejekollegaer, med det formål at kollegaerne så kan "gøre det på sammen måde". Hun har altså en opfattelse af, at den måde, man nu selv er begyndt arbejdet på, bør gøres på samme måde. Informationen videregives her ved at snakke sammen med sine kollegaer, der arbejder med samme borger om det. Den fælles viden sikres her ved den daglige kollegiale snak eller ved at skrive ind i deres køreliste. Dette synes at virke for hjemmeplejens egne medarbejdere. Udfordringen er dog, at information ikke videregives i samme grad til samarbejdspartnerne fra andre afdelinger.

I et lignende eksempel har en selvhjælpsterapeut lavet en arbejdsplan, som en medarbejder i hjemmeplejen ikke vil følge:

I: Er det noget du så melder tilbage og siger, det her? (i forhold til selvhjælpsterapeuters arbejdsplan)

R2: Nej, altså jeg har da snakket med min kollega om det og har sagt, det der, det kommer ikke til at ske.

I: Men i har ikke givet det videre til terapeuterne så?

R2: Nej og så døde manden kort tid efter, så det kom aldrig videre. Så nej

Arbejdsplanen som selvhjælpsterapeuten har udarbejdet, er altså videregivet korrekt, så der er fælles viden mellem de to samarbejdspartnere. Dog er hjemmeplejeren ikke enig i arbejdsplanen, og

beslutter sig for ikke at følge arbejdsplanen. informationen kom dog kun videre til hjemmeplejerens nærmeste kollegaer og ikke til selvhjælpsterapeuten. Efter at hjemmeplejeren beslutter sig for ikke at følge arbejdsplanen, er der ikke længere fælles viden, da terapeuten ikke får en melding tilbage om, at der ikke blive arbejdet på den anbefalede måde. Grænsefladen er underorganiseret, idet konflikten ikke fører til vidensdeling. Konflikten i grænsefladen er karakteriseret af interorganisatorisk isolation, da parterne ikke indgår i direkte konfrontation i den underorganiserede grænseflade, men hjemmeplejerne, der udfører opgaven, laver en separat opgaveløsning, som selvhjælpsterapeuten forventer. Dermed er der ikke en erkendelse af, at man i forløbet har et fælles problem på tværs af samarbejdspartnerne.

I forlængelse af hjemmeplejens ytring af, at de er bedre til at dele viden med deres nærmeste kollegaer, og ikke altid får kommunikeret med deres samarbejdspartnere, spurgte vi direkte ind til, hvorvidt der er mest sparring mellem de nære kollegaer, eller hvorvidt der også kommunikeres meget med samarbejdspartnere. Det kan blandt andet ses i følgende konversation:

I: Er sparringen meget mellem jer og kollegaerne, eller er det også meget sådan med de her samarbejdspartnere?

R4: Den er kun interkollegial, vil jeg vove at påstå.

R2: Ja, det vil jeg også nok sige.

R4: Ja, den foregår mellem os.

R1: Ej, jeg vil også sige, den har jeg også med terapeuterne.

R2 og R4 udtrykker her klart, at der kun sparreres mellem hjemmeplejernes kollegaer, og at der bliver ikke sparret med samarbejdspartnere. Det skal her holdes in mente at R4 arbejder aftenvagter, hvorfor samarbejdet med samarbejdspartnere er begrænset, idet enhederne i Myndighedsafdelingen ikke har åbent om aftenen. Dog udtrykker R2 præcis det samme, altså at der kun er sparring med kollegaer og ikke samarbejdspartnere. R1 giver til gengæld udtryk for også at have sparring med selvhjælpsterapeuterne. Hvorfor vi ikke kan sige at R2 og R4s forståelse kan antages for at være retvisende for alle hjemmeplejere. Dog kan det siges, at der blandt hjemmeplejerne ikke virker til at være en generel forståelse af, at man deler viden med samarbejdspartnere.

7.3.4 Manglende viden om samarbejdspartnere

Manglende viden om samarbejdspartnere kan føre til konflikt. Lederen af Udskrivningsenheden beskriver her, hvordan uenigheder kan skyldes mangel på fælles viden:

"Men jeg synes, at vi har et rigtig godt samarbejde, men det er klart, at hvis man oplever, at der er nogle uenigheder eller meningsforskelle, så skyldes det måske, at man ikke ved, hvad hinanden laver og hvilke forudsætninger, man er underlagt [...]" (Bilag 3)

Lederen af Udskrivningsenheden fremhæver først i udsagnet, at han synes, at der er et godt samarbejde. Herefter forklarer han, at uenigheder og meningsforskelle kan skyldes manglende viden om, hvad hinanden laver samt manglende viden om hinandens forudsætninger, altså arbejdsrammer. At uenigheder opstår grundet manglende kendskab til andre faggruppers opgaver, sådan som lederen af Udskrivningsenheden beskriver det, er tegn på interorganisatorisk isolation. Afdelingerne erkender ikke de fælles problemer, hvorfor de ikke bliver løst. I stedet undgår afdelingerne blot interaktion, hvorfra uenighederne opstår. Senere i interviewet kommer lederen med nogle eksempler på, hvor vidensdelingen kan fejle, samt hvad dette kan skyldes:

"Folk ved ikke, hvad den anden hånd gør. At det er lidt blevet sådan, at der er så mange små systemer, [...]. Folk de kan ikke forholde sig til, hvad hinanden laver. Hjemmeplejen glemmer måske at snakke sammen med hjemmesygeplejen, og hjemmesygeplejen ved ikke rigtig hvad AFFO/STOM (red. visitationsenhederne Afklaring og Forebyggelse og Støtte og Omsorg) de laver, og vores visitation. Det her med at man har droppet de her møder, mange af dem i hvert fald, det har rykket samarbejde længere væk, tror jeg." (Bilag 3)

Lederen af Udskrivningsenheden beskriver her, at der er så mange små systemer, at medarbejdere ikke kan forholde sig til, hvad hinanden laver. Han beskriver desuden, at fordi man har afskaffet en stor del af fællesmøderne, har det gjort det sværere for parterne at samarbejde på tværs.

7.3.5 Opsummering Fælles viden

I ovenstående analysetema *Fælles viden* er det blevet belyst, hvorvidt der eksisterer fælles viden mellem forvaltningens forskellige afdelinger i det tværorganisatoriske rehabiliteringsarbejde. Her

kan det ses, at der særligt mellem myndighedsaktørerne Afklaring og Forebyggelse og Udskrivningsenheden gøres meget for at opnå fælles viden og forståelse for hinandens fagligheder. Det samme gør sig gældende mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, hvor brugen af triagemøder har været særlig givtig til at give en bedre forståelse for hinandens fagligheder og udfordringer. I disse relationer er der altså, ud fra Browns typologier af netværksrelationer, tegn på produktiv konflikt, i form af interorganisatorisk problemløsning, hvor der foregår en høj allokering af information mellem parterne, der bunder i en fælles opgaveløsning.

Derimod er der større udfordringer i at opnå fælles viden på tværs af bestiller- og udførergrupperne. Der er altså bedre fælles viden mellem bestillergruppen (Afklaring og Forebyggelse og Udskrivningsenheden) og udførergruppen (hjemmeplejen og hjemmesygeplejen), end der er på tværs af de to niveauer. Dette på trods af at aktørerne ville kunne se gode perspektiver i at forbedre dette samarbejde, og der også laves indsatser for at forbedre samarbejdet på tværs mellem *Bestiller* og *Udfører*. Forvaltningens samarbejde mellem bestiller og udfører kan ud fra Browns typologier, beskrives som værende interorganisatorisk isolation. Aktørerne virker til at agere i en underorganiseret grænseflade, samtidig med at de har mere fokus på deres egen sfære, hvilket kan give en fragmenteret opgaveløsning på et forvaltningsmæssigt bredt funderet ønske om at yde en helhedsorienteret indsats.

7.4 Kommunikation

For at der kan eksistere fælles viden, hvilket blev behandlet i forrige tema, er det imidlertid nødvendigt, at kommunikationen fungerer, da oparbejdelsen af fælles viden, såvel som de andre relationelle dimensioner i praksis, ellers vil have meget svære kår. Når Gittell i relationel koordinering beskriver kommunikationen, lægger hun især vægt på fire parametre, kaldet dimensioner, som er særligt vigtige for at opretholde en god kommunikation mellem aktører. De fire parametre er, hvorvidt kommunikationen er: Præcis, problemløsende, rettidig samt hyppig. En mere dybdegående beskrivelse af det præcise indhold i disse dimensioner kan findes i afsnit 6.2.2 *De fire kommunikative dimensioner*, der indgår i teoriafsnittet *Relationel Koordinering*. I det følgende vil konkrete emner, der blev nævnt i interviewene, blive analyseret med udgangspunkt i de fire dimensioner samt Browns perspektiver omkring konflikter og organisering i de organisatoriske grænseflader.

7.4.1 Hvordan der kommunikeres aktørerne imellem

Langt størstedelen af kommunikationen mellem afdelinger foregår ifølge aktørerne gennem såkaldte adviser, som er underretninger, der går gennem Aalborg Kommunes journaliserings- og omsorgssystem Care. Dette system benyttes, for at vigtig information til opgaveløsningen ikke går tabt grundet en enkelt medarbejders sygdom eller ferie. I Care-systemet går adviserne i stedet til afdelingerne, og der er derfor ikke samme risiko for, at information går tabt undervejs i processen. Til gengæld kan der gennem adviserne være udfordringer med at beskrive særlige opmærksomhedspunkter på en konkret og målrettet måde.

Dog har aktørerne også mulighed for at kontakte hinanden telefonisk for at overføre information eller beskrive særlige opmærksomhedspointer til de andre aktører. Her mindskes risikoen for, at information går tabt, sammenlignet med mails, og samtidig er der mulighed for, at kommunikationen kan være mere præcis, i hvert fald forudsat at aktørerne rent faktisk kommer i telefonisk kontakt. Derudover kan aktørerne også mødes fysisk, for eksempel i forbindelse med fælles borgerbesøg eller på triagemøder. Denne måde at kommunikere på kan sikre en større præcision i overleveringen af information og derudover give bedre mulighed for at arbejde problemløsende. Men den er samtidig også mere ressourcetung og logistisk krævende, da det kræver stort fokus af samtlige aktører at få koordinationen til at fungere i praksis.

I dette afsnit vil der særligt blive fokuseret på to former for kommunikation. Den ene vil være kommunikationen gennem omsorgssystemet Care, mens den anden vil være den direkte kommunikation mellem bestemte medarbejdere, altså telefonisk kontakt såvel som fysisk kontakt ved for eksempelvis møder eller borgerbesøg. Dog vil der i første omgang blive analyseret på kommunikationen i strukturelt perspektiv, hvor kommunens kommunikationsvej i rehabiliteringsindsatsen fra sygehus til kommunal ydelse vil blive undersøgt.

7.4.2 Mange aktører og lange kommunikationsveje

Flere aktører beskriver, at den lange kommunikationsvej fra sygehuset til udfører-ledet medfører udfordringer i kommunikationsprocessen. Dette italesættes eksempelvis af lederen af Afklaring og Forebyggelse:

"Altså, vi har et stort problem i, at vi ikke får den information indefra, altså om borgeren, oplyst fra sygehuset. Der har vi et stort udviklingspunkt. Sygehuset giver os måske de oplysninger, de har. De ser kun borgeren i en seng, og det er jo tit mangelfuldt, fordi de kun har få oplysninger, og de få oplysningerne giver Udskrivningsenheden så videre, og i den proces er der noget der går helt galt. [...] man kan sige, at jo længere man kommer ud i leddene, går der altid noget kommunikation tabt." (Bilag 5)

Hun lægger altså særligt vægt på, hvordan ændringer i borgerens forhold kan betyde, at informationen når at blive forældet i processen fra udskrivning til, at borgeren opholder sig i eget hjem, da borgerens tilstand kan variere meget i denne proces. Udskrivningsenhedens udskrivningskoordinatorer deler holdningen om, at der er udfordringer ved den lange kommunikationsvej. De fokuserer især på, at den lange kommunikationsvej medfører, at relevant information ikke blive formidlet videre til hjemmeplejerne i udfører-ledet:

"R4: Jeg tænker også nogle gange, at vi har nogen informationer, som vi prøver at skrive ned, og det er jo ikke altid at det skrevne er godt nok, eller at det sådan ligesom kan sige det hele, og når man så oplever at hjemmeplejen så kommer ud, så er de måske ikke orienteret, om at vi så faktisk har skrevet "vil i godt være OBS på det her", fordi vi sender tingene til deres leder, og så er det egentlig dem der sorterer i hvad de (red. hjemmeplejerne) skal have at vide.

[...]

R1: Den glipper rigtig meget derude, og jeg synes da vi oplever at det kan være helt ned til at man faktisk siger, borger må ikke drikke helt tynde flydende væsker fx. Den information er svær at få ud til alle, for det kan godt være at du ringer og siger, den her information skal du lige være opmærksom på, men så er det den der tager imod opkaldet som hører det, og så kommer den ikke videre, tit. Det kan være mange ting, små ting, og store ting, hvor man tænker det er faktisk svært at sidde her nogle gange og lykkes med at få det ud til alle." (Bilag 4)

Også lederen af Udskrivningsenheden beskriver, hvordan de mange involverede aktører kan give udfordringer i kommunikation:

"Der er rigtig mange aktører, der skal involveres og inddrages. Der er udskiftning undervejs, der er nye ansigter, der kommer til, og hvordan sikrer vi, at de får den viden og den grundforståelse for dette her? Det er et kontinuerligt arbejde. Ingen tvivl om det. [...] vi er en stor forvaltning på 6500 medarbejdere. At få alle til at arbejde det samme sted hen, det kræver noget, det er ikke bare lige gjort." (Bilag

3)

Udskrivningsenheden oplever altså udfordringer i, at de mange aktører giver dem svære arbejdsbetingelser i deres arbejde som boundary spanner mellem de regionale sygehuse og den kommunale rehabiliterings- og plejeindsats. Det store antal aktører kan medvirke til at skabe en fragmenteret opgaveløsning. På baggrund af Gittells fire kommunikationsdimensioner kan den lange kommunikationsvej siges at føre til, at to af de fire dimensioner svækkes. Den lange kommunikationsvej medfører ifølge aktørerne, at særligt præcisionen i kommunikationen forværres. Samtidig kan den lange kommunikationsvej medføre, at information ikke blive givet rettidigt til de nødvendige aktører, således at de ikke har mulighed for at gøre brug af informationerne i rehabiliteringsarbejdet.

7.4.3 Dialogen gennem adviser i Care

Som nævnt foregår den formelle og journalpligtige dialog gennem omsorgssystemet Care, hvorigennem borgernes sundhedshistorik, plejeniveau etc. Journaliseres, hvilket gør informationen tilgængelig for medarbejderne i de forskellige afdelinger, samt for borgeren selv. Den interne kommunikation mellem medarbejderne foregår i Care via adviser. Adviserne bruges til at underrette interne eller eksterne samarbejdspartnere om en borger. Care og det indbyggede advis-system skal dermed skabe øget gennemsigtighed og enighed på tværs af afdelinger, omkring hvordan der skal arbejdes med borgeren fremadrettet.

Hvorvidt kommunikationen i Care lever op til Gittells fire parametre om at være tilpas hyppig, rettidig, præcis og problemløsende er der blandende meninger om blandt forvaltningens enheder og faggrupper. Det er dog især aktørerne i Myndighedsafdelingen, altså Udskrivningsenheden og Afklaring og Forebyggelse, der ser udfordringer i kommunikationen. Her beskrives især informationsdelingen med hjemmeplejerne som værende problematisk for det rehabiliterende arbejde. Dog

er det divergerende parametre, som de forskellige aktører i Udskrivningsenheden og Afklaring og Forebyggelse lægger vægt som de mest problematiske.

Hvis vi først ser på Udskrivningsenheden, så udtrykker lederen, at den kommunikation de modtager gennem Care, generelt set er præcis nok til, at de kan udføre deres arbejde. Til gengæld er den store mængde af adviser forstyrrende for opgaveløsningen:

"Vi har et omsorgssystem hvor alle her på stedet har adgang, og der kan man jo gå ind og orientere sig. Her kan man opdatere sig på Borgerens journaler, og undersøge hvad der er gået forud for en eventuel indlæggelse, og hvad var hjælpen/støtten inden indlæggelse, og hvad er det så der skal sættes i værk efterfølgende? Jeg vil helt klart sige at vi har de informationer der er behov for, til at udføre vores arbejde bedst muligt. Bestemt. [...]"

Der er alt for meget kommunikation. Faktum er, at med vores nuværende kommunikationssystem, der er antallet af adviser jo rigtig, rigtig stort, og rigtig omfangsrigt. Så jeg vil faktisk sige, at begrænsningen jo alt andet lige er en svær kunst. [...] man kan sige, at det kan opdeles

i 'need to know' og 'nice to know'. Need to know er et absolut must, men nice to know, så kan jeg jo gå ind i journalen og læse mig til det, hvis det er det. Så jeg synes, at der er meget information, rigtig meget information. Det handler om at sende de rigtige ting til de relevante samarbejdspartnere, og ikke mere end det. Det er min holdning." (Bilag 3)

Udskrivningskoordinatorerne fokuserer derimod på, at deres største problem er, at kommunikationen ikke kommer rettidigt til, at de kan udføre deres arbejde. Til gengæld mener de at den kommunikation, der kommer frem, som udgangspunkt er præcis og såvel problemløsende, som det kan udledes af nedenstående dialog mellem medarbejderne:

"R4: Den (red. kommunikationen), er vel egentlig god nok, når vi først får fat i folk. Vores problem er jo tit, at vi er ude i det der tidspres, og så bliver vi nok sådan lidt."

R1: Som nok de eneste i kommunen, sådan rigtigt. Nej men for at vi kan komme videre, så skal vi have svar ikke også.

R3: Og der kan man godt mærke nogle gange at der er nogen som arbejder på en anden måde, hvor det ikke er så vigtigt om vi får svar lige nu, eller om det er om to dage.

R4: [...] Altså når vi først kommer i gang og der er tid at arbejde på, så synes jeg faktisk vi er afhængige af at få de oplysninger fra hjemmehjælpen og dem der kører derude, fordi det kan vi ikke altid se, eller regne ud." (Bilag 4)

Det kan altså opsummeres, at Udskrivningsenheden samlet set vurderer, at kommunikationen er præcis samt problemløsende i det omfang, den finder sted. Men samtidig er der udfordringer i, at kommunikationen enten ikke kommer rettidigt, når den skal bruges i opgaveløsningen, eller den er for hyppig, så selv irrelevante oplysninger bliver videregivet.

I Afklaring og Forebyggelse, ligesom Udskrivningsenheden, oplever de problemer i deres kommunikation. Her nævnes især kommunikationen med hjemmeplejen som værende problematisk. Selvhjælpsterapeuterne ligger vægt på, at det især er manglen på præcis og problemløsende kommunikation, der ses som udfordringer, hvorimod rettidigheden i kommunikationen ikke opleves som problematisk ifølge dem:

"R1: Altså jeg kunne godt nogle gange ønske mig, at hjemmeplejen skrev noget mere i journalen, sådan at man lidt mere kunne se hvad de arbejder med, med borgeren og hvad de kan selv. Det kan jeg nogle gange savne. Der er man ofte nødt til at tage telefonen, hvis man vil høre, hvad er det egentligt I laver ude ved borgeren og hvordan går det og sådan noget. Det kunne jeg godt ønske mig, at de var lidt bedre til at dokumentere [...]"

R3: Jeg synes ikke, jeg venter særlig lang tid på at få svar på ting. Det hjælper altid at ringe til folk.

R1: Ja, jeg synes som hovedregel, at vi får en avis tilbage, hurtigt.

R3: Ja

R2: Ja." (Bilag 7)

Selvhjælpsrådgiverne er dog ikke den eneste aktør i Afklaring og Forebyggelse, som oplever udfordringer i kommunikationen, idet dette også er tilfældet for selvhjælpskoordinatorene. Dog kritiserer de ikke, som selvhjælpsrådgiverne, indholdet i kommunikationen, men i stedet rettidigheden og hyppigheden af kommunikationen. Rettidigheden og hyppigheden i kommunikationen nævnes, endda som så problematisk, idet koordinatorene vurderer det, som en af deres største udfordring i det tværgående samarbejde, der det kan ses i nedenstående dialog:

"R3: [...] en af de største udfordringer (red. i det tværgående samarbejde), er, at der er manglende tilbagemeldinger bl.a. fra hjemmeplejen

R2: Ja

R3: De kunne godt bruge lidt mere på den front. Måske lidt udvikling. Men det er svært, fordi det er så stor en gruppe, der skal rykkes. Det er ikke bare lige over natten, man gør det. Det er noget, vi har forsøgt på i lang tid.

R1: De har også haft undervisning derinde, hvor de skulle have fokus på notatpligt. Det var måske maks. en uge, der kom der lidt mere kommunikation men ellers fadede det en lille smule ud. Det er frustrerende, hvis man skal handle på noget og spørger om noget og der så går op til en uge eller 14 dage og så har du rykket 3 gange med det samme spørgsmål og de ikke får svaret. Så begynder man ligesom at sige, hvordan kan vi gøre det her bedre? Vi er alle sammen interesseret i at få det bedste ud af det, men det kan blive lidt svært til sidst at se det. " (Bilag 6)

Her beskriver selvhjælpskoordinatorene, hvordan manglen på rettidig kommunikation kan gøre det svært for dem at løse deres del af den fælles opgaveløsning. Denne fremstilling, som minder om den beskrivelse, udskrivningskoordinatorene gav tidligere i indeværende analyseafsnit, tyder på, at der er interorganisatorisk isolation i disse grænseflader. Manglen på kontakt i grænsefladerne mindsker konfrontationen, men medfører samtidig, at aktørerne ikke varetager opgaveløsningen i fællesskab.

Desuden udleder lederen af Afklaring og Forebyggelse, ligesom lederen af Udskrivningsenheden, at adviserne bliver brugt forkert eller i for stort omfang.

"For det første lider vi under at hjemmeplejen ikke rigtig ved hvad man bruger adviser til, og man får dem ikke – og jeg tror faktisk at vi er oppe på at op til halvdelen bliver sendt de forkerte steder hen. Der bliver sendt med spredet hagl og det betyder jo hvis man ikke ved hvem man skal sende til, så er det bedre at sende den til forskellige funktioner." (Bilag 5)

Den store informationsdeling er altså ud fra Gittells kommunikative dimensioner upræcis og for hyppig kommunikation, da den ifølge lederne kommer i vejen for opgaveløsningen. Samtidig bærer grænsefladerne ifølge lederne præg af at være underorganiserede. Den store mængde informationsdeling medvirker således til, at såvel relevant som irrelevant information deles i grænsefladerne, hvilket svækker opgaveløsningen.

Som det kan ses i ovenstående, nævnes der mange forskellige kommunikationsproblematikker ved kommunikation i omsorgssystemet Care, som bevirker, at opgaveløsningen om at arbejde rehabiliterende på tværs af afdelinger og faggrupper udfordres. Disse udfordringer i kommunikationen kan være en af bevæggrundene bag, at man i forvaltningen er i gang med at indføre et nyt omsorgssystem, hvor adviser ikke længere indgår. Implementeringen af dette nye omsorgssystem, benævnes blandt andet af lederne fra Udskrivningsenheden, Afklaring og Forebyggelse og hjemmesygeplejen, hvor også nogle af årsagerne bag udfoldes:

"Der bliver sendt rigtigt rigtig mange adviser. Vi har egentligt haft et firma til at kigge på det, og vi har så valgt, idet at vi står over for et nyt omsorgssystem, at det vil vi ikke bruge vores krudt på mere." (Bilag 5, Leder Afklaring og Forebyggelse)

"Det er klart internt at vi sender for mange advis, men nu overgår vi så til et nyt omsorgssystem, i oktober. I det system er det slet ikke muligt med alle de advis, det foregår på en anden måde." (Bilag 3, Leder Udskrivningsenheden)

"Lige om lidt skal vi til at arbejde med et nyt IT-system med vores journaler, fælles sprog, nye portaler, så det er en nødvendighed at man er forandringsparat.

Det er faktisk en nødvendighed." (Bilag 8, Leder hjemmesygeplejen)

Ifølge lederne kan implementeringen af det nye omsorgssystem gøre det muligt at udvikle bedre kommunikation, som sendes med en mere passende hyppighed og samtidig er mere præcis, end tilfældet er i dag gennem adviser.

I Interviewet med lederen af Afklaring og Forebyggelse nævner hun, hvordan manglen på konflikt i samarbejdet kan være et problem, og en optrapning af konfliktniveauet kan medvirke til en mere effektiv opgaveløsning, hvor unødvendige arbejdsprocesser bliver italesæt og derefter fjernet. Det tyder altså på, at konfliktniveauet ved kommunikation gennem Care er for lavt, og at konflikten i stedet skal gå over til at være produktiv konflikt til gavn for begge aktører i grænsefladen.

7.4.4 Den direkte kontakt mellem faggrupper

En anden udfordring der opleves i opgaveløsningen, er manglen på direkte kontakt mellem medarbejdere fra forskellige afdelinger på trods af, at denne kontakt kan være essentiel for den videre opgaveløsning. Dette kan eksempelvis være i tilfælde, hvor der er kommunikeret gennem Care, men hvor der ønskes en uddybning eller præcisering af forhold, der vedrører borgeren. Endvidere kan den direkte kontakt være essentiel, når der er behov for hurtig kontakt mellem aktørerne. Et eksempel på en situation hvor den direkte kontakt foretrækkes, beskrives i nedenstående af lederen af Afklaring og Forebyggelse:

"Vi har også været meget udfordret af, at så har hjemmesygeplejen måske lavet et notat i journal om, at det er for dårligt, at borgeren ikke kan få et givent hjælpemiddel. Der har vi så en aftale om, at hvis man ser noget, der er så grelt, så retter man henvendelse til vedkommende for at få den der kommunikation i orden. Men ellers, så har vi jo ikke meget kommunikation, hvis ikke vi mødes direkte hos borgeren. Så kan man selvfølgelig altid ringe. Det opfordrer vi også meget til at ringe. Hvis der er et eller andet, fordi det kan også meget nemt misforstås." (Bilag 5)

Det kan her udledes, hvordan den direkte kommunikation med hjemmesygeplejerskerne ifølge lederen af Afklaring og Forebyggelse, giver en mere præcis kommunikation, hvor man samtidig sikrer, at kommunikation er rettidig i det omfang, at den er tilgængelig, når medarbejderen skal bruge den i sin del af opgaveløsningen. Den direkte kommunikation kan altså ifølge lederen formindske nogle af de problemer, der opleves ved kommunikationen gennem Care. Ifølge selvhjælpskoordinatorerne er der dog også udfordringer i den direkte kommunikation med hjemmesygeplejerskerne. Dette prøver man dog at løse ved at øge relationerne og samarbejdet på tværs:

"R3: Jeg ved, at vores fagkonsulent har talt noget om, at der var én eller to, der kunne tage med rundt på personalemøderne ved for eksempel hjemmesygeplejen, fx det med nødkald, der har været et problem. Det kunne også være i forhold til rehabilitering, fordi hjemmesygeplejen er ikke nået så langt som vi er i forhold til den rehabiliterende indsats. At man ligesom tager små skridt ved at komme med til deres møder og fortælle om nogle små dele af nogle ting eller succeshistorier, som vi har haft. Hvor vi fx laver en case. Jeg tror, at det kunne være rigtig godt for samarbejdet også fordi så de kan se, at det ikke er farligt at ringe og spørge om "nu er vi tvivl om det her, hvordan gør vi det?". Det tror jeg kunne..."

R2: Det gør vi også i forhold til vores Udskrivningsenhed. I øjeblikket er vi på skift ude i praktik hos dem, og så er planen, at de skal i praktik hos os. Så man følger dem i to dage og ser, hvad det er for nogle arbejdsopgaver." (Bilag 6)

Selvhjælpskoordinatorerne nævner altså, hvordan der allerede laves indsatser, der har til formål at forbedre kommunikationen og nævner, hvordan man allerede indgår i et tæt samarbejde med Udskrivningsenheden, der skal øge afdelingernes forståelse for hinanden. Dette tætte samarbejde kan være en af årsagerne til, at de to myndighedsaktører Udskrivningsenheden og Afklaring og Forebyggelse virker til at have en god kommunikation og forståelse for hinandens arbejde. Perspektivet omkring den interne medarbejderudveksling nævnes da også af udskrivningskoordinatorerne som have værende yderst positivt for samarbejdet mellem de to afdelinger:

"[...] det har da, efter de har været herovre, også været nemmere at ringe til de visitatorer der har været herovre og se. Og man er sådan mere tryk ved, at jeg

sætter det her i gang, men jeg ved at min kollega kommer derud i morgen, eller på mandag. Så skal de nok finde ud af hvis der er noget der er helt anderledes. Det har i hvert fald gjort samarbejde anderledes. Og så har vi jo to kollegaer der er rejst, det er derfor vi har fået Rikke, men de er kommet over som vores kollegaer derovre (red. i visitationsenhederne). Det tænker jeg da også gør et eller andet med, så er de også med til at være garant for, eller fortælle hvad vi laver herovre.” (Bilag 4)

Medarbejdere fra såvel Udskrivningsenheden og Afklaring og Forebyggelse giver da også udtryk for, at de ser udfører-ledene som værende isoleret fra aktørerne i Myndighedsafdelingen i det tværgående rehabiliteringsarbejde:

”[...] der er jo gang i det her opgaveoverdragelse, så de (red. hjemmeplejerne) får også flere og flere opgaver der bare sådan lander på deres bord, uden der nødvendigvis er sådan en hel masse opfølgning på det, så jeg tænker faktisk. Jeg har sådan en kommunal opsætning hvor hjemmeplejen er sådan lidt for sig, lidt ladt i stikken.” (Bilag 4, Udskrivningskoordinator)

” [...] i forhold til hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, der tror jeg, vi føler, at de er svære at få fat på, og de føler, at vi er svære at få fat på. Så det, at vi er fysisk langt fra hinanden og vi alle sammen har en travl hverdag og ikke altid sidder på vores pind, det udfordrer samarbejdet og gør, at der bliver skrevet meget frem og tilbage, hvor der kan være gnidninger eller misforståelser på det skrevne ord alene” (Bilag 7, Selvhjælpsterapeut)

Denne holdning deles af hjemmesygeplejelederen, som ligeledes ser potentiale i at forbedre kommunikation mellem hendes afdeling og aktørerne i Myndighedsafdelingen:

”Jeg tænker at vi skal blive endnu bedre til at bygge bro til Myndighedsafdelingen. Vi er jo to forskellige afdelinger, og jeg tror at vi vil kunne have meget glæde af i højere grad at snakke sammen. Lige gribe telefonen, og lave de aftaler ude ved borgeren. Ringe og sige at vi kan mødes ved borgeren i morgen kl. 11. ” (Bilag 8)

Flere af aktørerne ser altså positive perspektiver i at øge den direkte kontakt mellem afdelingerne i grænsefladerne, da de beskriver, at det vil kunne medbringe mere produktiv konflikt. Denne konflikt vil kunne erstatte den mangel på konflikt, der ofte findes i de underorganiserede grænseflader, og som kendetegner kommunikationen i Care.

På trods af at aktørerne kan se mange positive aspekter i at have mere direkte kontakt, er der dog i praksis tilsyneladende udfordringer ved dette. Perspektiverne omkring, at lange kommunikationsveje og mange aktører kan svække sammenhængskraften mellem samarbejdspartnerne, er allerede blevet beskrevet i starten af indeværende analysetema. I de følgende to afsnit vil der dog blive belyst yderligere to faktorer, der kan svække muligheden for at opbygge god direkte kontakt mellem aktørerne i rehabiliteringsarbejdet.

7.4.5 Telefon- og åbningstider som udfordring for den direkte kommunikation

Manglen på direkte kommunikation mellem aktørerne i rehabiliteringsarbejdet kan blive udfordret af, at flere aktører har telefontider, hvor disse telefontider er det eneste faste tidsrum, hvor medarbejderne i afdelingen kan træffes.

En af de aktører der har telefontider, er Afklaring og Forebyggelse, hvilket ifølge Udskrivningsenhedens udskrivningskoordinatorer kan skabe udfordringer i kommunikationen:

R4: Hvis vi skal tænke på din sag R1, så er det (red. den største udfordring) at få fat i samarbejdspartnerne i nogle andre afdelinger. Det har jo været det største problem for dig, i de her par dage.

R3: Ja det må man sige. Ja det er telefontider. Ja men helt sikkert. Det er det da også over til AFFO (red. Afklaring og Forebyggelse) og STOM (red. Støtte og Om-sorg) for eksempel, og hjælpeterapeuter altså. Vi kan ikke få fat i de her telefontider, og det er også fair nok, fordi de er også på hjemmebesøg og sådan noget.

Men vi kan få fat på dem mellem otte og ni eller sådan noget. ”

Medarbejderne lægger her især vægt på, at den direkte kontakt kan mangle, når kommunikationen kun foregår med adviser gennem Care. Dette vil være tilfældet, når der er behov for at få præciseret oplysninger i de tilfælde, oplysningerne ikke er præcise eller konkrete nok.

Lederen for Udskrivningsenheden er dog også bevidst om, at hans afdelings begrænsede åbningstid, hvor man kun håndterer udskrivelser frem til kl. 14 hver dag, kan give udfordringer for udfører-ledet i deres arbejde med borgerne:

"[...] Der er ikke nogen tvivl om, at udfører, og her primært plejen, kan have en fornemmelse af at de får en melding ret sent i forhold til, hvornår borgeren skal hjem. Det handler selvfølgelig om planlægningen af deres kørelister. De er selvfølgelig nødt til at have det mandskab, der skal til for at komme ud og tilse borgeren, det kan jeg sagtens forstå. Vi må dog bare erkende, at vi her i forvaltningen har frem til kl. 14. hvor vi skal handle på udskrivelser, det er jo et vilkår, vi er underlagt."

Det begrænsede tidsrum, hvor afdelingerne kan komme i kontakt, kan altså medføre, at information ikke blive givet videre rettidigt, så aktører ikke har al den tilgængelige information i arbejdsprocessen.

7.4.6 Personlige relationers betydning for den direkte kommunikation

Det er imidlertid ikke kun strukturelle forhold, som lange kommunikationsveje, mange aktører, eller begrænsede telefon- og åbningstider, der kan påvirke kommunikationen i negativ retning. Manglen på kontakt mellem afdelingerne kan også skyldes, at medarbejderne ikke har personlige relationer til medarbejderne i de andre afdelinger. Her tænkes ikke på, om man fagligt har forståelse eller respekt for andres arbejde, men i stedet om medarbejderne finder det naturligt at kontakte medarbejdere i andre afdelinger på andre måder end gennem adviser i omsorgssystemet Care. Som tidligere beskrevet har Udskrivningsenheden og Afklaring og Forebyggelse allerede opstartet en praktikordning, som har medvirket til, at medarbejderne har fået en bedre forståelse for hinanden. Ifølge såvel selvhjælpsterapeuterne og selvhjælpskoordinatorerne eksisterer disse relationer dog ikke i lige så høj grad med de andre aktører i rehabiliteringsarbejdet:

"Jeg kender som sådan ikke rigtig sygeplejersken og hjemmeplejeren, som jeg skal have fat i og samarbejde med. Jeg ved godt, hvor jeg skal ringe hen. Jeg har ikke et ansigt på den person, jeg ringer til. Det kan jeg godt mangle for at optimere samarbejdet." (Bilag 7, Selvhjælpsterapeut)

"Førhen fik vi et eller andet og så udførte man en handling. Der var slet ikke en kontakt rundt. Der var det kun det skrevne" (Bilag 6, Selvhjælpskoordinator)

I interviewet med selvhjælpsterapeuterne kom det sågar frem, at manglen på personlig kontakt med udfører-ledet var den største udfordring i det tværgående rehabiliteringsarbejde.

Selvhjælpskoordinatorerne lægger dog vægt på, at netop dette aspekt har forbedret sig meget, da man har gjort en stor indsats for at forbedre de personlige relationer mellem medarbejderne:

"R2: Jeg synes også, når vi har delt os geografisk ud i områder, så vi følger hjemmehjælperne og nogle sygeplejersker, altså sygeplejegruppen, at det gør, at man får et bedre kendskab til hinanden. I forhold til sygeplejerskerne hvor vi har fået de her SUL-opgaver, det har været nyt for dem også, om hvordan de skal gøre det i forhold til os. Vi har alle sammen her været nye i det. Så får man bare bedre forhold. Vi vrider lige knoglen og snakker sammen om, hvordan gør vi det her, frem for at det bliver "nu skal i gøre sådan, som jeg synes". Det har jeg i hvert fald oplevet, med den [sygeplejer] jeg arbejder sammen med. Det giver et super samarbejde [...]"

R1: Vi tager også ud og snakker med hjemmehjælpsgruppen og få sat et ansigt på, ikke? I stedet for at det altid er hende, der altid ringer, og så er hun sur igen. [...] Man får nogle gode snakke i stedet for at man går og bliver lidt irriteret over det herinde. Man kan ligeså godt få dialogen og få gjort noget ved det. Men jeg synes, det kører super godt. " (Bilag 6)

Her har dannelsen af personlige relationer altså medvirket til, at den faglige gensidige respekt mellem medarbejderne er blevet øget, hvilket derigennem har givet en forbedret kommunikation. Dannelsen af de personlige relationer kan altså være en måde for afdelingerne at tackle underorganiseringen i grænsefladen og derved skabe bedre samarbejde, på trods af denne underorganisering.

7.4.7 Opsummering Kommunikation

I indeværende tema *Kommunikation* er det blevet afdækket, hvordan der er flere udfordringer i kommunikationen. Disse udfordringer bunder i såvel institutionelle og strukturelle problemer såvel

som i de kommunikationsværktøjer, der er til rådighed eller måske snarere medarbejdernes brug af dem.

De forskellige enheder i Myndighedsafdelingen peger overordnet set på udføreren, især hjemmeplejen, når de skal beskrive udfordringerne i at kommunikere på tværs mellem enheder. Myndighedsafdelingens enheder peger på, at det især er kommunikationen gennem adviser i Care, som de finder udfordrende. Dog kommer denne kommunikation helt automatisk til at ændre sig fremadrettet, når kommunen overgår fra deres nuværende omsorgssystem Care til et nyt omsorgssystem, om end det på nuværende tidspunkt ikke kan udledes, hvorvidt dette vil løse de problemer, som er blevet identificeret og forklaret i afsnittet.

Den direkte kontakt mellem afdelingerne, enten ved telefonisk kontakt, eller i særlig grad ved fysiske møder, vurderes til gengæld at give bedre kommunikation i afdelingerne, da denne kommunikation vurderes at være mere præcis og problemløsende. Desuden giver især den fysiske kontakt mulighed for at opbygge personlige relationer til samarbejdspartnere. Dette styrker ikke bare kommunikation men også de relationelle dimensioner mellem medarbejderne i de forskellige afdelinger, hvilket er medvirkende til en mere helhedsorienteret tværorganisatorisk opgaveløsning.

8. Diskussion

Gennem analysen har vi set en række forskellige udfordringer, som er belyst og forklaret i hvert af de fire analysetemaer: *Gensidig respekt, fælles mål, fælles viden og kommunikation*. Ud over de udfordringer, som er belyst og forklaret i analysen, har vi endvidere observeret, at der hersker nogle strukturelle og bagvedliggende faktorer, som kan være medforklarende til de udfordringer, der observeres.

I følgende afsnit vil det diskuteres, hvorvidt strukturen i den undersøgte case - Ældre- og Handicapforvaltningen i Aalborg Kommune - er fordrende for det tværgående samarbejde om rehabilitering. I Udskrivningsenheden og Afklaring og Forebyggelse er det gennem analysen kommet til udtryk, at afdelingerne oplever, at der er svære samarbejdsbetingelser med særligt hjemmeplejen. Det vil derfor i følgende blive diskuteret, hvordan BUM-strukturen og fritvalgsordningen kan påvirke de rammer, det tværgående samarbejde er underlagt.

8.1 BUM-struktur

Flere steder i analysen er det kommet frem, at det rehabiliterende arbejde er mere tidskrævende for hjemmeplejen, mens forløbet står på, end udførelsen af opgaven ville have været uden den rehabiliterende tilgang. Derfor kunne medarbejderne i hjemmeplejen have en egeninteresse i at udføre opgaver for borgeren, snarere end at påtage sig den tidskrævende rehabiliterende rolle. Mens medarbejderne i såvel Udskrivningsenheden, Afklaring og Forebyggelse og hjemmesygeplejen alle er selvvisiterende er hjemmeplejen derimod underlagt de minutnormeringer, der bliver bevilliget af de andre afdelinger til at udføre arbejdet med borgeren.

Ifølge hjemmeplejelederen giver den nuværende struktur med BUM-modellen nogle udfordringer. Hjemmeplejelederen udtrykker, at de meget specifikke tidsnormeringer gør det svært for hjemmeplejen at arbejde rehabiliterende:

"Vi har jo ikke plads til at være så meget rehabiliterende, når vi kun har ni minutter. Det kunne jo godt være, at der var en borger, der kunne hjælpe med at smøre maden også, imens vi stod og guidede, men det ville jo tage mere end ni minutter, [...]" (Bilag 10)

I ovenstående citat fortæller hjemmeplejelederen, at tidsnormeringen ikke passer overens med hjemmeplejens arbejde og rolle i rehabiliteringsindsatsen. Det er tidligere udledt af analysen², at lederen af Afklaring og Forebyggelse ser tillid og økonomi, som de altafgørende faktorer for, om rehabiliteringsindsatser kan varetages af hjemmeplejen. Man kan sige, at lederen af Afklaring og Forebyggelse har et bestiller-perspektiv, omkring hvordan rehabiliteringsindsatsen kan struktureres. BUM-modellen bevirker, at det er Afklaring og Forebyggelse, som skal bevillige mere tid til hjemmeplejen, hvis de også skal arbejde rehabiliterende.

BUM-modellen skaber nogle helt faste rammer for, hvordan opgaveløsningen laves af en udfører. I rollen som bestiller, forventer Afklaring og Forebyggelse ikke, at hjemmeplejen arbejder med andet eller mere end det, som hjemmeplejen er bestilt til at lave ude hos den enkelte borger. Hjemmeplejen, som er udfører i dette perspektiv, skal dermed kun udføre det arbejde, som Myndighedsafdelingen, herunder Afklaring og Forebyggelse, bevilliger.

Et andet interessant perspektiv, lederen af Afklaring og Forebyggelse fremhæver, er, at hun anerkender, at rehabilitering kræver mere tid til hjemmeplejen, hvis de skal varetage nogle rehabiliterende opgaver. Det, som ligger forude for forståelsen, er, at hjemmeplejen har nogle helt andre tilgange, end hvad Afklaring og Forebyggelse har inden for rehabiliteringsindsatsen.

BUM-modellen medvirker til, at der er stringente og klare arbejdsdelinger mellem Afklaring og Forebyggelse og hjemmeplejen. Afklaring og Forebyggelse sætter rammerne, mens hjemmeplejen skal løse den givne opgave ud fra rammerne. Derfor kan BUM-modellen modsætningsvis også forstås i det forhold, at den kan give et mistillidsforhold mellem bestiller og udfører. Mistilliden hos Afklaring og Forebyggelse kommer til udtryk ved, at afdelingen frygter, at en ekstra bevilling af tid, stadig ikke giver anledning til at arbejde rehabiliterende hos hjemmeplejen. En bevilling af tid til rehabiliteringsarbejde kan være svært at måle og derved afsætte penge til det. Således kan afdelingen være bange for, at den ekstra tid giver hjemmeplejen muligheden for at indhente opgaver, som hjemmeplejen ellers er kommet bagud med. Derved ser afdelingen ikke, at det kan skabe grundlag for at bevillige mere tid, hvis ikke hjemmeplejen benytter tiden til at arbejde rehabiliterende. Hjemmeplejens opfattelse er til gengæld, at de først kan arbejde rehabiliterende, hvis der afsættes mere tid af til det.

² Jævnfør analysedelen *Tillid og forståelse for de respektive fagligheder* i analyseafsnittet *Gensidig respekt* samt Bilag 3.

Der er en oplevelse af, at der kan være arbejdsopgaver, hvor det kan give mening at arbejde rehabiliterende. Opgaver, hvor hjemmeplejen kan understøtte borgerens rehabiliteringsforløb. Det kan dog ikke udledes, at hjemmeplejen oplever, at der er mistillid fra Afklaring og Forebyggelse om, hvorvidt de kan varetage dele af borgerens rehabiliteringsforløb.

Som det endvidere fremgår af analysen, mener hjemmeplejen ikke, at de har nogen direkte rolle i rehabiliteringsforløbet. Dette er til trods for, at hjemmeplejen på nogle områder forsøger at arbejde rehabiliterende. Man kan altså af den organisatoriske BUM-model udlede, at den har sat nogle rammer for, hvordan Afklaring og Forebyggelse og hjemmeplejen kan samarbejde i rehabiliteringsindsatsen. For at hjemmeplejen kan arbejde rehabiliterende, skal Afklaring og Forebyggelse bevillige mere tid og derved ressourcer til indsatsen. Det er netop i denne situation, at mistilliden til hjemmeplejen opstår. BUM-modellen har medført et rigtigt forhold mellem Afklaring og Forebyggelse og hjemmeplejen. Modellen har ellers til hensigt at simplificere og gennemsigtiggøre den forventede ydelse. Her kan rehabiliteringsindsatser hos hjemmeplejen være svære at definere, når der bevilliges tid til rehabiliteringsopgaver. En forklaring, på hvorfor hjemmeplejens opgaver i dag skal tidsnormeres, kan være, at hjemmeplejen er underlagt fritvalgsordningen.

8.2 Fritvalg

I starten af 00'erne blev det pålagt kommunerne at lave fritvalgsordninger. Disse fritvalgsordninger er stadig eksisterende, hvilket betyder, at kommunen har pligt til at skabe grundlag for, at borgeren selv kan vælge leverandør af personlig og praktisk pleje (Socialstyrelsen u.d., Bertelsen 2016:47). Denne markedsliggørelse af personlig og praktisk pleje har givet et behov for standardiserede måleenheder, således at private udbydere kan varetage hjemmeplejefunktioner, lige såvel som det offentlige. De standardiserede måleenheder, som er nødvendige for at kunne sidestille og aflønne private udbydere på lige fod med de offentlige leverandører, bliver opgjort kvantitativt og mere specifikt i tid per opgave. Dette gøres frem for at måle i kvalitet, da dette kan være svært at definere i praksis.

Hjemmeplejen er den eneste af aktørerne i rehabiliteringsarbejdet, der er underlagt fritvalgsordningen. Det vil sige, at hjemmeplejens rammer skal kunne matches af private udbydere. Derfor skal hjemmeplejens serviceydelser kunne omkostningsvurderes, således at en eventuel privat udbyder ville kunne levere samme ydelse, og blive aflønnet derefter. Rehabiliteringsindsatsen kommer i

klemme i dette henseende, idet rehabilitering er svær at værdisætte ud fra tid for de enkelte ydelser.

Rehabilitering kræver en stor indsats i det tidlige stadie, hvorefter indsatsen neddrøses gradvist. Samtidig er den rehabiliterende indsats meget varierende efter rehabiliteringsforløbene. Derfor er det langt mere besværligt at udarbejde en omkostning på en samlet rehabiliteringsindsats, end det er at udregne specifikke services på minutbasis. Som det i analysen flere steder er kommet til udtryk, er udfordringen ved minutstyring, at det er meget ufleksibelt, og svært anvendeligt i rehabilitering, da rehabilitering tager længere tid, end udførelsen af pleje vil tage. Endvidere kan minutstyring også give en nedprioritering af at arbejde på tværs af afdelinger mellem faggrupper, hvor sparring og gode råd kan være fordrende for indsatsen. Fritvalgsordningen kan altså derved være en hæmsko for den rehabiliterende indsats.

En måde at overkomme denne minutstyring kunne være at udbyde den rehabiliterende indsats i hele *ydelespakker*, frem for den nuværende minutnormering per indsats. Både lederen af Udskrivningsenheden og hjemmeplejelederen nævner hver især, at en sådan pakkestruktur kan være en måde at give hjemmeplejen nogle rammer, der er mere fordrende for den rehabiliterende tilgang. En pakkestruktur kan være bedre, da det vil give hjemmeplejen forståelsen af rehabiliteringens langsigtede perspektiv. Det langsigtede perspektiv i rehabilitering vil blive tydeligere, i og med at pakken indeholder nogle bredere rammer, og mere frihed til at løse den rehabiliterende opgave, sådan som hjemmeplejen finder det mest fordelagtigt for forløbet. En pakkestruktur vil altså give mulighed for, at hjemmeplejen får en bedre helhedsforståelse af opgaven. Konsekvensen af minutstyring har været, at medarbejderne i hjemmeplejen blot har fokuseret på den næstkommende opgave frem for at have fokus rettet mod at gøre borgeren selvhjulpent i en samlet rehabiliterende helhedsindsats. Argumentet for pakkestrukturen er derfor, at hjemmeplejeren kan få et bedre overblik over den rehabiliterende indsats, hvilken kan styrke det tværgående samarbejde.

9. Konklusion

I nærværende speciale er udfordringer i Aalborg Kommunes Ældre- og Handicapforvaltning blevet undersøgt og forklaret med udgangspunkt i problemformuleringen: ***Hvilke udfordringer opleves i det tværgående arbejde med rehabilitering af ældre, og hvordan kan de forklares?***

Her er rehabiliteringssamarbejdet mellem forvaltningens afdelinger: Afklaring og Forebyggelse, Udskrivningsenheden, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, blevet undersøgt ud fra specialets to teoretiske perspektiver Gittells *Relationel Koordinering* og Browns *Grænseflader*. Opgavens analyse er struktureret ud fra fire temaer: Gensidig respekt, Fælles mål, Fælles viden og Kommunikation, der tager udgangspunkt i Gittells relationelle og kommunikative dimensioner for godt tværgående samarbejde. Hvert enkelt tema er blevet suppleret med Browns forklaringer at de konflikter der eksisterer mellem aktørerne i de organisatoriske grænseflader.

I det første tema *Gensidig respekt*, blev der observeret en høj grad af gensidig respekt blandt de fleste af aktørerne i den rehabiliterende indsats. Dog observeres der især udfordringer i samarbejdet mellem visitatorenheden Afklaring og Forebyggelse og hjemmeplejen, som bygger på en manglende tillid og forståelse mellem aktørerne. Udfordringerne bunder i at Afklaring og Forebyggelse ikke har haft tillid til at hjemmeplejerne arbejdede med et rehabiliterende fokus, mens hjemmeplejerne giver udtryk for at medarbejderne i Afklaring og Forebyggelse ikke altid har forståelse for hjemmeplejens udfordringer i praksis.

I det andet tema *Fælles mål* blev det undersøgt om aktørerne havde forskellige mål i rehabiliteringsindsatsen. Her blev det tydeligt at samarbejdspartnerne hver især gav udtryk for et enslydende mål om at gøre borgerne selvhjulpne. Dog mente flere aktører i Myndighedsafdelingen ikke at hjemmesygeplejerne og hjemmeplejerne i praksis arbejdede ud fra samme fokus som de gjorde, hvilket medvirkede til en fragmentering i opgaveløsningen. Myndighedsaktørerne tilkendegav dog at man i højere grad var ved at udvikle en fælles forståelse i forvaltningen til gavn for den helhedsorienterede rehabiliterende indsats.

I det tredje tema *Fælles viden* blev det belyst hvordan det på tværs af myndighedsaktører og udførere var svært at danne fælles viden. Imidlertid var det lykkedes at danne fælles mål internt mellem afdelinger i de forskellige organisatoriske led. Myndighedsaktørerne havde således ved hjælp af eksempelvis gensidige praktikordninger formået at opbygge en fælles forståelse og viden omkring

hinandens opgaver, i den tværgående opgaveløsning. På samme måde have hjemmesygeplejerskerne og hjemmeplejerne også formået at opnå en god fælles viden, her på baggrund af triagemøder.

I det fjerde og sidste tema *Kommunikation* blev det beskrevet hvordan samarbejdspartnerne kommunikerer med hinanden, samt hvordan denne kommunikation kunne vurderes ud fra Gittells fire kommunikative dimensioner: hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation. Her blev det igen portrætteret hvordan samarbejdsudfordringerne i det rehabiliterende arbejde, særligt befandt sig mellem hjemmeplejerne og aktørerne i Myndighedsafdelingen. Det blev dog samtidig beskrevet hvordan det særligt var kommunikation gennem det fælles omsorgssystem Care som parterne fandt problematisk. Derimod var kommunikationen ved den direkte kontakt under eksempelvis fysiske møder langt bedre. Dette medvirkede til at samarbejdspartnerne ifølge dem selv, forbedrede deres samarbejde med hinanden, samt gav dem en bedre forståelse for hinanden og hinandens indsats, i den tværgående rehabiliteringsindsats.

Yderligere er det gennem specialets interviews, kommet til udtryk, at der ud over udfordringer i de fire teoretisk afgrænsede temaer, i særdeleshed også har været udfordringer der relaterer sig til den struktur, som aktørerne agerer i. Denne diskussion beroede på en sontring af de bagvedliggende faktorer, der karakteriserer BUM-strukturen, og som gør at minutstyring, som hjemmeplejen er underlagt, skaber utilsigtede udfordringer. Udfordringerne som observeres i strukturen, kan ikke direkte tilskrives strukturen selv. Strukturen kan nærmere ses som forstærkende til allerede eksisterende udfordringer.

10. Litteratur

Aalborg Kommune (2016): Standard for Dokumentation i CARE. Set 30.05.2018: https://www.aalborg.dk/media/6606282/a11_standard-for-dokumentation-i-care.pdf. Aalborg Kommune

Antoft, R. & Salomonsen, H. H. (2012): Det kvalitative casestudium – introduktion til en forskningsstrategi. Kapitel 1. udg. Antoft et al. I Håndværk & Horisonter – Tradition og Nytænkning i kvalitativ metode. 2012. Syddansk Universitetsforlag

Berg-Sørensen, A. (2015): Hermeneutik og Fænomenologi. I Jacobsen, M. H., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (2015): Videnskabsteori i Statskundskab, Sociologi og Forvaltning. Hans Reitzels Forlag

Bertelsen, T. M. (2016): Kommunale kvalitetsstandarder i ældreplejen: Fra politik til praksis. Ph.D. Afhandling 2016. December 2016. Aalborg Universitetsforlag.

Brown, L. D. (1983): Managing Conflict at organizational interfaces. Addison-Wesley Publishing Company.

Bryman, A. (2012). Social Research Methods. 4. udg. Oxford University Press.

Christensen, A. I., Jensen, H. A. R., Ekholm, O., Davidsen, M., Juel, K. (2016): Funktionsniveau blandt 60-årige og derover. Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Danmarks Statistik (u.d.): Befolkningsfremskrivning 2018 for hele landet. Befolkningsfremskrivning. København. Set 21.05.2018: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-valg/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/befolkningsfremskrivning>

De Vaus, D. (2001): Research Design in Social Research. Norfolk: SAGE

Flyvbjerg, B. (2015): Fem misforståelser om casestudiet. I Brinkmann & Tanggaard (2015): Kvalitative Metoder – En Grundbog. 2. udg. Hans Reitzels Forlag

FOA (u.d.): Case: Frederica. Hverdagsrehabilitering. Set 12.03.2018. <https://www.foa.dk/forbund/temaer/a-i/hverdagsrehabilitering/case-fredericia>. FOA

FTF (2006): Bestiller-Udfører-Modtager-Modellen. Aktuelt. Set 22.05.2018: <https://www.ftf.dk/aktuelt/artikel/bestiller-udfoerer-modtager-modellen-bum/>. 19.12.2006. FTF

Gittell, J. H. (2016): Relationers betydning for høj effektivitet. Styrken ved relationel koordinering. Original titel: Transforming Relationships for High Performance: The Power of Relational Coordination. Dansk Psykologisk forlag

Halkier, B. (2008): Fokusgrupper i samfundsvidenskabelig forskning. Kapitel 1: 9-21. I Halkier, B. (2008): Fokusgrupper. Kapitel 1: 9-21. I Samfundslitteratur. Frederiksberg.

Hansen, E. B. (2015): Ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering – muligheder og udfordringer. KORA. Det nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning

Hjemmehjælpskommissionen (2013): Fremtidens hjemmehjælp - ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats. Juli 2013. Hjemmehjælpskommissionen, Sekretariatet.

Hornstrup, C. & Madsen, M. P. (2015): Ledelse af Relationel Koordinering – i offentlige organisationer. 1. udg., 1. opl. Forfatterne og TURBINE forlaget. 2015. Aarhus

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats, Et idékatalog. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2011

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): Vejledning om Kommunal Rehabilitering. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Juni 2011. København.

Ingemann, J. H. (2013): Videnskabsteori for økonomi, politik og forvaltning. 1.udg. Samfundslitteratur.

Jakobsen, R. G. (2017): Tre ud af fire kommuner mangler ansatte til ældreområdet. 27.11.2017. Set 10.03.2018. <http://www.kl.dk/Momentum/Tre-ud-af-fire-kommuner-mangler-ansatte-til-aldreområdet-id229213/>. KL Kommunernes Landsforening

Jørgensen, O. (2015): Pres på sundhedsvæsenet. Derfor stiger sundhedsudgifter – Sådan holder vi væksten nede. April 2015. Danske Regioner

Kirk, J. S. (2016): Offentligt forbrugsandel uændret fra 2000-2015 – Kun sundhed er vokset. Arbejderbevægelsens erhvervsråd. Set 18.03.2018: https://www.ae.dk/sites/www.ae.dk/files/dokumenter/analyse/ae_offentlig-forbrugsandel-uaendret-fra-2000-2015-kun-sundhed-er-vokset.pdf

Kjellberg, P. K. (2010): Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. September 2010. Dansk Sundhedsinstitut

Kjellberg, P. K. & Graff, L. (2017): Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen. Hvad kan vi lære af danske studier? KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

Kjellberg, P. K., Hauge-Helgestad, A., Madsen, M. H. & Rasmussen, S. R. (2013): Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. Maj 2013. Socialstyrelsen

Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011): Fra pleje og omsorg til rehabilitering - Erfaringer fra Fredericia Kommune. Set: 02.04.2018: <https://www.kora.dk/media/272170/dsi-3106.pdf>. September 2011. Dansk Sundhedsinstitut. København Ø.

KL (2017): Arbejdsudbud og rekruttering i kommunerne 2017 – Rapport. Set: 12.03.2018. [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_84733/cf_202/KL-rapport - Arbejdsudbud og rekruttering i kommun.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_84733/cf_202/KL-rapport_-_Arbejdsudbud_og_rekruttering_i_kommun.PDF). Kommunernes Landsforening

KL 2006: Den Modificerede BUM-model. Nye udfordringer på social- og sundhedsområdet. Set: 20.05.2015 http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_36946/ImageVaultHandler.aspx. 16.05.2006. KL Kommunernes Landsforening. København

Koppenjan, J. & Klijn, E.-H. (2004): Uncertainties in dealing with complex problems in the network society. Kapitel 1. I Koppenjan, J. & Klijn, E.-H. (2004): Managing Uncertainties in Network. Routledge

Kvale & Brinkmann (2009) – Interview – Introduktion til et håndværk 2. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Lauritzen, H. S., Bjerre, M., Graff, L., Rostgaard, T., Casier, F. & Fridberg, T. (2017). Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner. København 2017. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

MarselisborgCentret (2004): Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark. Rehabiliteringsforum Danmark. 2004. Aarhus

Oxford (u.d.): English Oxford Living Dictionaries. Set: 24.03.2018 <https://en.oxforddictionaries.com/definition/adl>. 2018 Oxford University Press

Rambøll (2017): Praksisundersøgelse af Servicelovens § 83 a. Rambøll. København S

Rambøll (2018): Praksisundersøgelse af rehabilitering Aalborg Kommune – Intern Rapport. Rambøll. København S

Regeringen (2016): DK2025 - Et stærkere Danmark. August 2016. Finansministeriet. Set 02.04.2018. <https://www.fm.dk/publikationer/2016/dk2025>. 30.08.2016. Finansministeriet

Rostgaard, R. og Graff, L. (2016): Med hænderne i lommen - Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering. KORA. Det nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning

Rostgaard, T. & Matthiessen, M. U. (2016): At arbejde rehabiliterende i ældreplejen gør arbejdet meningsfuldt. KORA. Det nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning

Seemann, J. & Antoft, R. (2002): Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksis og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis. Oktober 2002. No.3.

Seemann, J. & Gustafsson, J. (2016): Integration in the spotlight: fighting silo barriers and fragmented healthcare in Denmark. Future challenges for health and healthcare in Europe. Edt. Giarelli, G., Jacobsen, B. & Jensen, M. 1. udg. (Kapitel 2, s. 49-70). Aalborg University Press

Seidman, I. (1998): Interviewing as Qualitative Research - A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences (s. 1-21). Teachers College Press.

Social- og Integrationsministeriet (2011): Aftale om satspuljen på det sociale område 2012-2015. 14.11.2011. Set 02.03.2018: <http://socialministeriet.dk/media/16887/udmoentning-af-satsreguleringspuljen-for-2012.pdf>

Socialstyrelsen (2014). Rehabilitering på ældreområdet - Inspiration til kommunal praksis. 03.07.2014. Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (u.d.): Fritvalgsdatabasen. Set 29.05.2018: <https://fritvalgsdatabasen.dk/indhold;jsessionid=1tb5x282mjnz716jms665csih5?system=fritvalg&id=fritvalg.main&perspektiv=on>. Socialstyrelsen

Sundheds- og Ældreministeriet (2017): Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Set 01.03.2018 <https://www.regeringen.dk/media/3589/afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.pdf> Juni 2017. Sundheds- og Ældreministeriet

Sundhedsstyrelsen (2016). Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældre ældreområdet efter lov om social service. 31.03.2016. Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (2017): Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen? KORA. Det Nationale Institut for Kommunernes og Regioners Analyse og Forskning. 15.05.2017. København

Sørensen, E. & Torfing, J. (2005): Interdependensteori. Kapitel 2: 39-55. I Sørensen, E. & Torfing, J. (2005): Netværksstyring – fra government til governance. Roskilde Universitetsforlag

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015a): Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. Kapitel 1: 29-54. I Brinkmann, L. & Tanggaard, L. (2015): Kvalitative Metoder – En Grundbog. 2. udg. Hans Reitzels Forlag

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015b): Kvalitet i kvalitative studier. Kapitel 25: 521-532. I Brinkmann, S & Tanggaard, L. (2015): Kvalitative Metoder – En Grundbog. 2. udg. Hans Reitzels Forlag

Vinge, S., Buch, M., S., Kjellberg, J., Kjellberg, P. K., Rasmussen, S. R. & Wiuff, M. B. (2011): Forebyggelse af indlæggelser, Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. Notat. Projekt 3511. December 2011. Dansk Sundhedsinstitut. København Ø

Voets, J. (2014): Developing Network through Management Channels and Roles. I Keast, R., Mandell, M. & Agranoff, R. (2014): Network Theory in the Public Sector. Building New Theoretical Frameworks. Routledge. New York

WHO (2015): World Report On Ageing and Health. Set 11.02.2018: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=22E134CB8E0E8D918771A12324C4E13D?sequence=1. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

WHO (2017): Rehabilitation in Health Systems. Set 11.02.2018: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-eng.pdf?sequence=1>. World Health Organizations 2017. Geneva.

Williams, P. (2012): Collaboration in Public Policy and Practice. Perspectives on Boundary Spanners. The Policy Press 2012. Bristol

Yin, R. K. (2014): Case Study Research: Design and Methods, 5. ed., Sage Publications.

Aalborg Kommune (2010): Udskrift af Beslutningsprotokollen. Punkt 6. Set 22.05.2018: <http://referater.aalborgkommune.dk/Pdf.aspx?pdfnavn=16662017.PDF&type=punkt&moedeid=1263>.

15.12.2010. Aalborg Kommune. Ældre- og Handicapudvalget