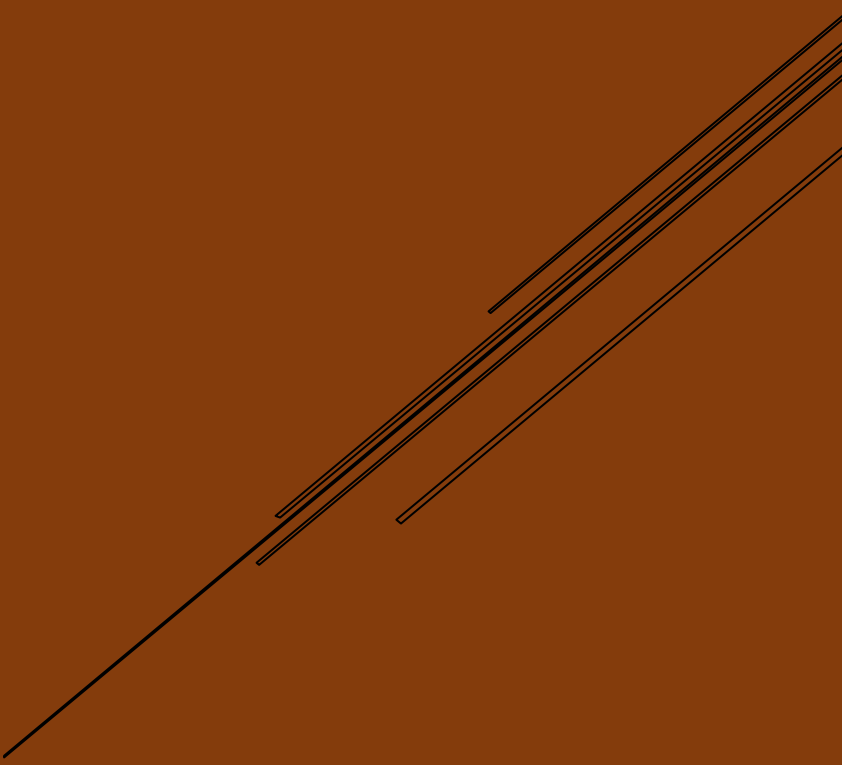


VILKÅR FOR TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE I DET KOMMUNALE SUNDHEDSVÆSEN

- Et sekventielt mixed-method studie af vilkårene for det tværfaglige samarbejde i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune



Andreas Nielsen Hald

Speciale i Sociologi – 10. Semester – 2019

Vejleder: Bjarke Refslund

Anslag: 179.996

Summary

The purpose of this master thesis has been to study how conditions for interdisciplinary collaboration in a primary care setting can be understood and researched and examine how these conditions affect the staff's experience of the interdisciplinary collaboration. Since the majority of the state-of-the-art literature uses an in-depth and explorative perspective on specific conditions, this study instead uses a broad perspective with the aim to examine the order, strength and interrelationships between different conditions (Williams 2012:20).

The case study is the second largest municipality in Denmark, Aarhus. In Aarhus municipality, three main types of providers offer care: nursing homes, health care units and home care units. To study the case, a sequential analysis design has been utilized with a final quantitative sample of 498 staff and 27 managers from 7 nursing homes, 7 home care units and 7 health care units. The analytical framework used in this study to understand and examine the conditions is inspired by the integrated primary care literature and the two frameworks: Rainbow Model of Integrated Care (RMIC) and Implementing Integrated Care for Older Adults with Complex Health Needs (iCOACH).

The analytical framework distinguishes between conditions related to the collaboration model (i.e. clarity of roles and tasks, existence of clinical goals) which are called collaboration conditions. And conditions *not* related to the collaboration model that still can have an effect on the interdisciplinary collaboration (i.e. resources, organization design) which are called context conditions. Furthermore, the analytical framework distinguishes between two different analytical levels: the organizational level and the professional level. To examine how these conditions affect the staff's experience of the interdisciplinary collaboration, three different research questions are used: (1) Is there a co-variation between the collaboration conditions on the organizational level and the professional level and is there a co-variation between the context conditions on the organizational level and the professional level? (2) Do the context conditions have a causal effect on the collaboration conditions on both the organizational level and the professional level? (3) Which conditions has the largest effect on the staff's experience of the interdisciplinary collaboration?

The findings of the study regarding the first research question reveals a co-variance both within the collaboration conditions and the context conditions. The co-variance in the collaboration conditions is, however, a derived effect of the causal relationship between the collaboration conditions and the context conditions. As for the second research question, results show that the context conditions have a causal effect on the collaboration conditions on both the organizational and professional level. Results from the

third and final research question shows that the two conditions with the largest effect on the staff's experience of the interdisciplinary collaboration is the index for collaboration conditions on the professional level and the index for context conditions on the professional level. Furthermore, results show that the index for context conditions on the professional level technically have the largest effect, since it has both a direct effect and an indirect effect, which is confounded through the index for collaboration conditions on the professional level.

With a broad perspective on conditions for interdisciplinary collaboration, this study has contributed to the examination of the order, strength and interrelationship between different types of conditions on different analytical levels. The results and discussions in this study contributes both to the policy literature as well as the scientific literature. Regarding the policy literature, this study shows how important fundamental conditions are for the interdisciplinary conditions. Politicians and municipalities should therefore give more effort to developing and sustaining good basic conditions for the interdisciplinary conditions, instead of primarily focusing on new interventions and collaboration models. Regarding the scientific literature, this study shows the relevance of using a sequential analysis design and the relevance of distinguishing between different types of conditions on different types of analytical levels. Additionally, this study shows the importance of using a broad perspective on conditions for interdisciplinary collaboration and, furthermore, how such a broad perspective can still make use of the extensive state-of-the-art literature that uses an in-depth perspective. Finally, this study has also discussed the problem of creating an analytical framework which is complex enough to adhere to the theoretical assumptions in context and conditions theory, but also simple enough that it can be used in practice.

With a probabilistic understanding of causality, this study should be thought of as a contribution to the understanding of the interrelationship between conditions and how conditions affect interdisciplinary collaborations, but should not be thought of as a final formula. Future research could use the same analytical framework used in this study with the specified modification and additions that is proposed to further examine the interrelationship between conditions and how they affect interdisciplinary collaboration. In addition to this, the analytical framework could be used in a longitudinal study to examine how the conditions and interdisciplinary collaboration vary over time, as well as how different interventions affect the conditions and interdisciplinary collaboration. Future research should in any case acknowledge the use of a broader perspective on conditions for interdisciplinary collaboration so that the literature can benefit from the positive aspects of both the in-depth and broad perspectives.

Tabeloversigt

Tabel 1. Fordeling af informanter i hele observationsdage (8 hele observationsdage i alt).	23
Tabel 2. Fordeling af observationer af borgerkonferencer (8 observationer i alt).	23
Tabel 3. Fordeling af informanter i interviews (15 interviews, 41 informanter i alt).	24
Tabel 4. Operationalisering af samarbejdsvilkår på professionsniveauet.	30
Tabel 5. Operationalisering af samarbejdsvilkår på organisationsniveauet.	32
Tabel 6. Operationalisering af kontekstvilkår på professionsniveauet.	34
Tabel 7. Operationalisering af kontekstvilkår på organisationsniveauet.	37
Tabel 8. Operationalisering af baggrundsspørgsmål og outcome-variablen.	38
Tabel 9. Variabeloversigt.	39
Tabel 10. Analyse af den interne reliabilitet i indeksene og de sammensatte items.	46
Tabel 11. Frekvensfordelinger af de 3 items i KV-O.	47
Tabel 12. CFA af de 3 indeks.	48
Tabel 13. Baggrundsoplysninger om medarbejderrespondenterne.	49
Tabel 14. Baggrundsoplysninger om lederrespondenter.	50
Tabel 15. Deskriptiv analyse af indeksene og outcome-variablen.	50
Tabel 16. Deskriptiv analyse af outcome-variablen, i forhold til område (n=498).	51
Tabel 17. Deskriptiv analyse & ANOVA af outcome-variablen, i forhold til geografitype (n=498).	51
Tabel 18. Deskriptiv analyse af outcome-variablen, i forhold til enhed (n=498).	52
Tabel 19. Deskriptiv analyse & ANOVA af outcome-variablen, i forhold til organiseringsstype (n=498).	53
Tabel 20. Deskriptiv analyse af outcome-variablen, i forhold til faggruppe (n=498).	53
Tabel 21. Deskriptiv analyse & ANOVA af outcome-variablen, i forhold til faggruppetype (n=463).	54
Tabel 22. Model 1-5: Vilkårenes effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde.	55
Tabel 23. Model 6-9: Vilkårenes effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde.	60
Tabel 24. Model 10: Path analysis af vilkårenes effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde (n=443)	67

Figuroversigt

Figur 1. Rainbow Model of Integrated Care (RMIC).	14
Figur 2. Det analytiske framework for studiet.	20
Figur 3. Analysemodellen uden kausalsammenhænge.	39
Figur 4. Oversigt over orienterende begreber fra iCOACH.	40
Figur 5. Figur af direkte sammenhæng.	42
Figur 6. Figur af indirekte sammenhæng via confounder.	43
Figur 7. Analysemodellen med kausalsammenhænge mellem indeksene	63
Figur 8. Det kausale flowdiagram for model 10.	66
Figur 9. Oversigt over Sundhed og Omsorgs 7 geografiske områder.	100

Indholdsfortegnelse

SUMMARY	I
TABELOVERSIGT	III
FIGUROVERSIGT	IV
INDHOLDSFORTEGNELSE	IV
KAPITEL 1 - PROBLEMFELT	1
1.1. INDLEDNING	1
1.2. PROBLEMFORMULERING	3
1.3. BESKRIVELSE AF STUDIETS SETTING	4
1.4. VIDENSKABSTEORETISK UDGANGSPUNKT	7
KAPITEL 2 - STATE-OF-THE-ART	9
2.1. VILKÅR I ET INSTITUTIONELT ORGANISATIONSTEORETISK PERSPEKTIV	9
2.2. VILKÅR I KOMMUNALE REHABILITERINGSPROJEKTER I DANMARK	10
2.3. VILKÅR I INTERNATIONALE REHABILITERINGSPROJEKTER	11
KAPITEL 3 - TEORI	13
3.1. INTEGRATED PRIMARY CARE	13
3.2. RMIC & SAMARBEJDSVILKÅR	13
3.3. iCOACH & KONTEKSTVILKÅR	17
3.4. STUDIETS ANALYTISKE FRAMEWORK	19
KAPITEL 4 - DESIGN & METODE	21
4.1. SEKVENTIELT MIXED-METHOD DESIGN	21
4.2. INDSAMLING, MÆNGDE & TYPE AF DATA	21
4.3. OPERATIONALISERING	27
4.4. ANALYSEMETODER	40
KAPITEL 5 - KVALITATIV ANALYSE AF DE VIGTIGSTE KONTEKSTVILKÅR	44
KAPITEL 6 - ANALYSE AF INDEKSENE & DESKRIPTIV ANALYSE	45
6.1. ANALYSE AF INDEKSENE	45

6.2.	DESKRIPTIV ANALYSE	49
KAPITEL 7 - VILKÅRENE DIREKTE EFFEKT PÅ MEDARBEJDERNES OPLEVELSE AF DET TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE		55
7.1.	OLS-REGRESSIONSANALYSER AF VILKÅRENE DIREKTE EFFEKT PÅ OUTCOME-VARIABLEN	55
KAPITEL 8 - VILKÅRENE TOTALE EFFEKT PÅ MEDARBEJDERNES OPLEVELSE AF DET TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE		60
8.1.	OLS-REGRESSIONSANALYSER AF SAMMENHÆNGEN MELLEM VILKÅRSTYPERNE I FORHOLD TIL OUTCOME-VARIABLEN	60
8.2.	PATH ANALYSIS AF SAMMENHÆNGEN MELLEM VILKÅRSTYPERNE I FORHOLD TIL OUTCOME-VARIABLEN	62
8.3.	OPSUMMERING OG TEORETISK DISKUSSION AF SAMMENHÆNGEN MELLEM VILKÅRSTYPERNE	72
KAPITEL 9 - DISKUSSION & PERSPEKTIVERING		75
9.1.	BREDT FOKUS PÅ SAMARBEJDS- OG KONTEKSTVILKÅR PÅ PROFESSIONS- OG ORGANISATIONSNIVEAU	75
9.2.	MEDARBEJDERNE OG LEDERNE OPLEVELSE AF VILKÅRENE OG DET TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE	77
9.3.	STUDIET I ET PRAKSISPERSPEKTIV & VIDERE FORSKNING	79
KAPITEL 10 - KONKLUSION		82
KAPITEL 11 - LITTERATURLISTE		84
KAPITEL 12 - APPENDIX & BILAG		90
APPENDIX – KVALITATIV ANALYSE		90
BILAG 1 – DISPLAY AF NATIONAL LITTERATUR		102
BILAG 2 – DISPLAY AF INTERNATIONAL LITTERATUR		115
BILAG 3 – TABELLER & FIGURER		132
BILAG 4 – MEDARBEJDERSPØRGESKEMA		141
BILAG 5 – LEDERSPØRGESKEMA		150

Kapitel 1 - Problemfelt

Kapitlet er struktureret således, at der først gives en indledning til studiet, hvorefter der redegøres for studiets problemformulering, studiets setting og studiets videnskabsteoretiske udgangspunkt.

1.1. Indledning

Den demografiske udvikling af flere ældre, et politisk fokus på rehabilitering, centralisering af antallet af kommuner og decentralisering af sundhedsydelser, hvor opgaver i stigende grad bliver liciteret til kommunerne, har medført et specialiseret kommunalt sundhedsvæsen, der varetager flere og flere komplekse rehabiliteringsforløb (Danmarks Statistik 2018, Jacobsen 2016). Dette betyder, at det er afgørende, at fagpersonerne og enhederne i kommunen samarbejder på tværs af fagområder og enheder for at kunne varetage disse længerevarende og komplekse rehabiliteringsforløb. Denne erkendelse har skabt en øget politisk- og forskningsmæssig interesse i *kommunale rehabiliteringsprojekter*, og det *tværfaglige samarbejde* i disse kommunale rehabiliteringsprojekter (Williams 2012:13).

I forbindelse med et igangværende forskningsprojekt er jeg blevet interesseret i at undersøge *vilkårene* for det tværfaglige samarbejde i Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune, da dette blandt andet viste sig at have en effekt på, hvordan medarbejderne oplevede og udførte det tværfaglige samarbejde i rehabiliteringsforløbene (Carstensen et. al. 2019). Herudover viste det sig, at der var vilkår, der direkte afstedkom af Forløbsmodellen¹, som havde en indvirkning på det tværfaglige samarbejde – disse vilkår vil i studiet blive benævnt *samarbejdsvilkår*. Et eksempel på sådant et vilkår er, om medarbejderne er klar over deres roller og ansvar i Forløbsmodellen. Foruden samarbejdsvilkårene viste det sig også, at der var vilkår, der *ikke* direkte afstedkom af Forløbsmodellen, men som alligevel havde en indvirkning på det tværfaglige samarbejde – disse vilkår vil i studiet blive benævnt *kontekstvilkår*. Et eksempel på sådan et vilkår er om medarbejderne oplever, de har tid til at prioritere det tværfaglige samarbejde. Denne skelnen mellem ”samarbejdsvilkår” og ”kontekstvilkår” er ikke særlig udbredt i den organisationssociologiske litteratur. De klassiske distinktioner er som regel enten mellem interne og eksterne vilkår eller mellem organisationsstrukturelle og organisationskulturelle vilkår (Daft et. al. 2010). Og i den litteratur (integrated primary care), hvor sådan en skelnen *er* anvendt, er det ikke blevet gjort konsekvent gennem et helt studie (Wodchis et. al. 2018).

¹ Forløbsmodellen er den standardiserede samarbejdsmodel i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune, der strukturerer de processer som bliver sat i gang, når en borger henvender sig for at få hjælp til eksempelvis pleje, praktisk hjælp, sygepleje eller genoptræning. Forløbsmodellen beskrives i afsnit 1.3

Grunden til, at jeg har valgt at anvende den analytiske distinktion mellem samarbejds- og kontekstvilkår i stedet for de klassiske distinktioner, er 2-delt. Da vilkår for tværfagligt samarbejde varierer fra kontekst til kontekst, er det teoretisk vigtigt at kunne identificere, hvordan konteksten er med til at indvirke på det tværfaglige samarbejde (Stanmor & Waterman 2007, Birkeland et. al. 2017). De klassiske distinktioner er ikke særlige brugbare til dette, da deres distinktioner ikke eksplicit tager højde for, hvordan konteksten indvirker på vilkårene. Herudover er det i praksis vigtigt at vide, hvorvidt det er vilkår direkte relateret til samarbejdsmodellen, eller om det er andre vilkår der gør, at det tværfaglige samarbejde måske ikke er velfungerende – da dette har stor betydning for hvilket tiltag, der kan forbedre samarbejdet. Igen er de klassiske distinktioner ikke særlig brugbare til dette, da det er overordnede distinktioner uden nuance for samarbejdsmodeller.

Formålet med dette speciale er dermed analytisk at adskille *samarbejdsvilkår* og *kontekstvilkår* og bruge disse to typer af vilkår til at undersøge og forstå vilkårene for det tværfaglige samarbejde i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune. Herudover skelnes der også mellem, om vilkårene opererer på et *organisationsniveau* eller et *professionsniveau*, da dette har en stor betydning for, hvordan vilkårene kan konceptualiseres og undersøges (Valentijn 2015). Specialet har et *bredt fokus* på vilkårene, hvor intentionen er at skabe et helhedsbillede af vilkårene, som medarbejderne arbejder under. Dette speciale er derfor ikke en dybdegående undersøgelse af specifikke vilkår, men i stedet en undersøgelse af, hvordan man teoretisk- og metodisk kan forstå og undersøge vilkår for tværfagligt samarbejde som helhed. Grunden til, jeg har valgt dette brede fokus er, at der i state-of-the-art litteraturen mangler viden om, hvilke vilkår der er de vigtigste, og hvad sammenhængsforholdet er mellem forskellige vilkårstyper (Williams 2012:20). Specialet står dermed på ryggen af den omfangsrige litteratur, der har udledt og uddybende diskuteret specifikke vilkår. Jeg forsøger at belyse, hvordan disse vilkår indvirker på hinanden og hvilke vilkår, der er de vigtigste for det tværfaglige samarbejde. Dette gøres med et sekventielt mixed-method design og et endeligt kvantitativt sample på 498 medarbejdere og 27 ledere fra Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune.

Begreberne kontekstvilkår og samarbejdsvilkår, som jeg bruger dem i dette studie, er ikke i sig selv teoretisk definerede begreber. Det er begreber, jeg har navngivet, og de vil blive defineret i relation til den eksisterende litteratur på området senere i studiet. Herudover kan det bemærkes, at den omfangsrige litteratur, der undersøger, hvad der påvirker tværfagligt samarbejde, kalder disse påvirkninger - alt fra faktorer, elementer, forudsætninger, omstændigheder, rammer til vilkår. Jeg har i dette studie valgt at benævne dem 'vilkår', og vil derfor kun bruge denne term, selvom der bliver brugt "faktorer" eller "rammer" i den litteratur, der henvises til.

Opsummerende er formålet med dette speciale at undersøge forskellige typer af 'vilkår' som sociale mekanismer, der antageligt har en effekt på det sociale fænomen 'tværfagligt samarbejde'. Analyseobjektet i specialet er *vilkårene* for det tværfaglige samarbejde, mens det tværfaglige samarbejde i sig selv blot bruges til at måle effekten af vilkårene. Det teoretiske og analytiske fokus i specialet er derfor på vilkårene.

1.2. Problemformulering

Hvordan kan vilkår for tværfagligt samarbejde forstås og undersøges, og hvilken effekt har vilkårene på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde?

Studiets problemformulering er 2-delt. Den første del: *hvordan kan vilkår for tværfagligt samarbejde forstås og undersøges*, vil blive udledt fra state-of-the-art-, teori- og design & metodekapitlerne. Den anden del: *hvilken effekt har vilkårene på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde*, vil blive udledt fra analysen. Begge dele af problemformuleringen vil herefter blive diskuteret og perspektiveret i diskussionskapitlet.

Da det ikke er muligt at indsamle objektive data, som f.eks. data af antallet af vellykkede borgerforløb, så er der i studiet valgt at fokusere på medarbejdernes *oplevelse* af det tværfaglige samarbejde som et proxy-mål for det tværfaglige samarbejde. Denne proxy-variabel vil omtales som "outcome-variablen" og vil anvendes til at undersøge, hvordan vilkårene påvirker det tværfaglige samarbejde.

Arbejdsspørgsmål

For at strukturere besvarelsen af problemformuleringens anden del, vil denne tage udgangspunkt i tre arbejdsspørgsmål. Formålet med arbejdsspørgsmålene er at belyse hvilke vilkår der er de vigtigste, og hvad sammenhængsforholdet er mellem de forskellige vilkårstyper. De tre arbejdsspørgsmål vil blive besvaret i kapitel 8.

- (1) Eksisterer der en *vertikal sammenhang*, forstået som en co-varians, internt i henholdsvis samarbejdsvilkårene og kontekstvilkårene?

Det første arbejdsspørgsmål er en teoretisk hypotese fra et af de teoretiske frameworks, som jeg er inspireret af i dette speciale (RMIC-frameworket). I frameworket er det antaget, at organisations- og professionsniveauet co-varierer med hinanden, f.eks. vil dårlige vilkår på organisationsniveauet som oftest være associeret med dårlige vilkår på professionsniveauet, og vice versa (Valentijn 2015). Denne teoretiske antagelse om vertikal sammenhæng mellem organisations- og professionsniveauet vil derfor blive empirisk testet i forhold til både samarbejds- og kontekstvilkårene.

- (2) Eksisterer der en *horisontal sammenhæng*, forstået som et kausalitetsforhold mellem samarbejds- og kontekstvilkårene, hvor kontekstvilkårene har en effekt på samarbejdsvilkårene, på henholdsvis organisations- og professionsniveauet?

Det andet arbejds spørgsmål er en teoretisk hypotese der er inspireret af det andet teoretiske framework, som jeg anvender i dette speciale (iCOACH-frameworket). I frameworket er det antaget, at de kontekstuelle vilkår på organisationsniveauet der *ikke* direkte er en del af samarbejdsmodellen, har en indvirkning på vilkårene der *er* en del af samarbejdsmodellen (Evans et. al. 2017). Jeg vil udbrede denne hypotese til at omfatte både organisations- og professionsniveauet, og empirisk teste om kontekstvilkårene har en kausalindvirkning på samarbejdsvilkårene på begge analytiske niveauer.

- (3) Hvilke vilkår har de største effekter på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde?

Det tredje arbejds spørgsmål har til hensigt at belyse styrkeniveauet mellem de forskellige vilkårstyper. Arbejds spørgsmålet er inspireret af det faktum, at der mangler viden om hvilke vilkår der er de vigtigste, og hvordan styrkeforholdet er mellem forskellige vilkårstyper (Williams 2012:20).

1.3. Beskrivelse af studiets setting

Populationen, der undersøges, arbejder i *Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune*, anvender samarbejdsmodellen *Forløbsmodellen* og arbejder *rehabiliterende*.

Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune

Sundhed og Omsorg er opdelt i 7 geografiske områder, og der bliver udbudt ældreomsorg fra hjemmepleje og plejehjem i hvert geografiske område. Hjemmeplejen i hvert område er organisatorisk inddelt i henholdsvis en sundhedsenhed, og hjemmeplejeteams. Sundhedsenheden består hovedsageligt af sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter, og deres primære ansvar er planlægning af de rehabiliterende forløb samt varetage af sygepleje og genoptræning. Hjemmeplejeteamsene består hovedsageligt af SOSU-hjælpere og SOSU-assistenten, og deres primære ansvar er at varetage den daglige pleje og omsorg ud fra en rehabiliterende tilgang. Det kan bemærkes at der også findes tværgående enheder som f.eks. Demenscentrum Aarhus, men disse tværgående enheder er ikke medtaget i studiet. Problemformuleringen undersøges herved i en intra-kommunal setting, med fokus på de tre primære enhedstyper: plejehjem, hjemmeplejeteams og sundhedsenheder.

Forløbsmodellen

I marts 2016 implementeret Sundhed og Omsorg 'Forløbsmodellen', som en ny samarbejdsmodel for *alle* enheder i Sundhed og Omsorg. Formålet med Forløbsmodellen er at tilrettelægge målrettede og

sammenhængende rehabiliteringsforløb, ved at strukturere og forbedre det tværfaglige samarbejde, der foregår internt og på tværs af enheder i Sundhed og Omsorg (Sundhed og Omsorg 2018).

Forløbsmodellen har tre centrale elementer: (1) Forløbsmodellens forløbstyper (2) Forløbsmodellens roller (3) Forløbsmodellens systematik.

(1) *Forløbstyper*. Alle borgere, der modtager pleje i Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune, vil indgå i én af tre forløbstyper: enkelt forløb, sammensat forløb eller varigt forløb. Hvilken forløbstype borgeren kommer i afhænger af borgerens funktionsevne. Det enkle forløb er for borgere med moderat nedsat funktionsevne, og der er sædvanligvis få medarbejdere involveret i disse forløb. Sammensatte forløb er for borgere med betydelig nedsat funktionsevne, og der er sædvanligvis op til flere medarbejdere involveret i disse forløb. Det varige forløb er for borgere, der allerede har været i enten et enkelt eller sammensat forløb og stadig har brug for støtte, fordi de har en varig nedsættelse af funktionsevnen. Antallet af medarbejdere involveret i de varige forløb, varierer efter borgerens behov.

(2) *Roller*. Borgere i alle borgerforløb bliver som regel tildelt en kontaktperson og en forløbsansvarlig, som tilsammen har ansvaret for borgerens forløb. Kontaktpersonen er sædvanligvis den medarbejder der kommer ved borgeren hyppigst, og kontaktpersonen har derfor ansvaret for at observere dag-til-dag ændringer i borgerens funktionsevne. Rollen som kontaktperson varetages altid af en SOSU-assistent eller en SOSU-hjælper. Den forløbsansvarlige er den fagperson, der har overblikket over borgerens forløb, og ansvaret for at koordinere de forskellige sundhedsfaglige ydelser, som borgeren modtager. Rollen som forløbsansvarlig er sædvanligvis varetaget af en sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut eller SOSU-assistent.

(3) *Systematik*. Alle borgerforløb følger den samme systematik med udredning, målsætning, planlægning, udførelse af faglige handling og opfølgning på forløbet. Der er en række centrale milepæle i borgerens forløb som udgøres af 'Første Sundhedsfaglige Kontakt' og borgerkonferencer. Indenfor 48 timer efter henvendelse skal borgeren have besøg af en sygeplejerske, fysioterapeut/ergoterapeut og evt. borgerens kontaktperson – dette bliver kaldt første sundhedsfaglige kontakt. Ved denne første sundhedsfaglige kontakt bliver der identificeret problemer og påbegyndt monofaglige udredninger. Borgerkonferencer er møder, der bliver afholdt hvert 3-6 måned (afhængig af forløbstype), hvor fremgangen i borgerens forløb bliver diskuteret og ydelser bliver koordineret. Til mødet deltager, hvis muligt, den forløbsansvarlige, kontaktpersonen, borgeren, pårørende og andre relevante fagpersoner, der er tilknyttet borgerforløbet.

Med udgangspunkt i disse tre centrale elementer i Forløbsmodellen, er Forløbsmodellens primære fokus at understøtte udvikling og vedligeholdelse af borgers funktionsevne ud fra en *rehabiliterende tilgang* (ibid.).

Rehabilitering

I den danske guidelinebog for rehabilitering "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" bliver rehabilitering defineret således:

"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 består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats" (MarselisborgCentret 2004:4)

I denne definition kan kernelementer som borgerinddragelse, fokus på funktionsevne og tværfagligt samarbejde ses. For at give et indblik i, hvordan Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune arbejder med rehabilitering, kan et tænkt eksempel illustrere dette:

Agnethe er 75 år og er diagnosticeret med diabetes. En dag falder hun og brækker benet og kommer på hospitalet. Efter et længere ophold på hospitalet bliver Agnethe udskrevet. Efter udskrivelsen har Agnethe stadig brug for hjemmepleje samt behandling af diabetes og sår. Agnethe kommer derfor i et sammensat forløb, hvor der er tilknyttet en fysioterapeut (forløbsansvarlig), en SOSU-hjælper (kontaktperson) samt en ergoterapeut og en sygeplejerske. Efter medarbejderne har foretaget deres monofaglige udredninger, bliver der afholdt en borgerkonference. Til borgerkonferencen deltager Agnethe, Agnethes to børn, den forløbsansvarlige og kontaktpersonen. Til borgerkonferencen drøfter fagpersonerne med Agnethe, hvad hun gerne vil opnå gennem forløbet. Agnethe fortæller, at hun gerne selv vil kunne gå ned og handle ind.

Efter borgerkonferencen udarbejder den forløbsansvarlige en plan for Agnethes forløb, der har fokus på, hvordan Agnethe kan understøttes i at blive i stand til selv at gå ned og handle ind igen. Alle fagpersonerne, der er involveret i Agnethes forløb, skal arbejde ud fra de mål, der er formuleret for Agnethes forløb, og den plan der er lagt for forløbet. Agnethes kontaktperson har løbende fokus på, om der sker ændringer i Agnethes tilstand, og formidler det videre til den forløbsansvarlige. I forløbet er der også tilknyttet en sygeplejerske, da Agnethe har et sår på det ene ben, hvilket har konsekvenser i forhold til hendes bevægelighed i benet. Det er derfor vigtigt at sygeplejersken, og kontaktpersonen som går med Agnethe som en del af træningen, afstemmer behandlingen af såret med hvornår Agnethe skal træne. Koordinationen omkring Agnethes forløb sker via den forløbsansvarlige, som har det overordnede overblik over forløbet, og er den der har ansvaret for at koordineringen mellem de forskellige fagpersoner er velfungerende. Dette tværfaglige samarbejde foregår igennem hele Agnethes forløb, med udgangspunkt i Agnethes ressourcer, hvad der motiverer hende og de mål hun har sat.

Den egentlige *rehabilitering* i dette tænkte eksempel er, at Agnethe forbedrer sin funktionsevne, således hun kan ende med at gå ned og handle selv. Hvor kernelementerne, der bruges til at opnå dette, er borgerinddragelse, fokus på funktionsevne og tværfagligt samarbejde.

1.4. Videnskabsteoretisk udgangspunkt

Studiets videnskabsteoretiske udgangspunkt er en dialektisk aktør-struktur forståelse, en probabilistisk kausalitetsforståelse, en forstående erkendelsesinteresse & metodologisk rationalisme. Overordnet kan studiets videnskabsteoretiske udgangspunkt forstås som værende kritisk realistisk inspireret men med en analytisk sociologisk kausalitetsforståelse.

Forståelse af aktør-struktur dynamikken

Bhaskar, grundlæggeren for kritisk realisme, fremsatte TMSA-modellen (transformationel model of social activity), der kan bruges til at forstå forholdet mellem aktør og struktur (Wad 2015:376). Overordnet siger TMSA-modellen, at individ og struktur er adskilte, men er betinget og påvirker hinanden gennem henholdsvis socialisering, når det er fra samfund til individ, og reproduktion/transformation, når det er fra individ til samfund (ibid.) Dette vil sige, at individer er påvirket af og påvirker strukturer.

Denne dialektiske forståelse mellem individ og samfund giver god mening i forhold til dette studie, da vilkårene for tværfagligt samarbejde både er med til at påvirke medarbejderne/lederne, mens medarbejderne/lederne samtidigt er med til at påvirke vilkårene for det tværfaglige samarbejde. Jeg vil derfor i studiet gøre brug af denne dialektiske forståelse af aktør-struktur dynamikken.

Epistemologisk- og kausalitetsforståelse

For at eksemplificere hvad en probabilistisk kausalitetsforståelse er, kan den analytiske sociologis forståelse af kausalitetsforholdet mellem sociale mekanismer og sociale fænomener anvendes. I den analytiske sociologi kan sociale mekanismer overordnet defineres som: ”et sæt af enheder og aktiviteter, som regelmæssigt ender ud i en bestemt type af udfald” (Hedström, 2005:25). Med denne forståelse af sociale mekanismer, kan dette studie ses som en undersøgelse af, om samarbejds- og kontekstvilkårene *er* sociale mekanismer. Hvis vilkårene er sociale mekanismer, så vil dårlige samarbejds- og kontekstvilkår (*et sæt af enheder og aktiviteter*) generelt ende med, at det tværfaglige samarbejde ikke fungerer særlig godt (*regelmæssigt ender ud i en bestemt type af udfald*). Men hvordan kan kausalitetsforholdet i studiets problemformulering så forstås og undersøges? Ifølge den analytiske sociologi kræver det en robust sammenhæng mellem x og y, fravær af andre mulige faktorer, der kan forklare sammenhængen (z), samt en teoretisk forklaring der meningsfuldt kan klarlægge kausalitetsforholdet (Hedström & Ylikoski, 2010:50). Det er dog i praksis svært at inkludere *alle de* mulige faktorer, der kan have en forklaringskraft,

hvorfor statistisk sammenhæng som regel er målet, mens strikse kausalforklaringer er idealet (Elster 2007:27).

Jeg vil i dette studie gøre brug af denne probabilistiske kausalitetsforståelse. Formålet med studiet er ikke at påvise, at dette studies analysemodel er den endegyldige formel for, om det tværfaglige samarbejde er velfungerende. Formålet er derimod at undersøge om vilkårene har en *probabilistisk* effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde - og i så fald, hvor stor denne effekt er. Velvidende at der kan være andre faktorer, der har en effekt på det tværfaglige samarbejde.

For at erkende kausalitetsforholdet, vil jeg i dette studie gøre brug af den dobbelte hermeneutik (Wad 2015:382). Hvor den dobbelte hermeneutik forstås som, at der tages en forstående tilgang til de studeredes erfaringsverdener. Denne forstående erkendelsesinteresse grunder i en antagelse om, at de studerede allerede har deres egen forståelse og fortolkning af de vilkår, som de samarbejder under. Dette betyder, at mit arbejde, som forsker, er at forstå *deres* forståelse af vilkårene og herfra fortolke og forklare denne forståelse i et samfundsvidenskabeligt perspektiv (ibid.).

Metodologisk forståelse

Den metodologiske rationalisme er en pluralistisk metodologi, hvor forskellige eksplanans udredes ud fra de mest relevante metoder og datamaterialer til dette, og ikke ud fra en a priori udvalgt overordnet metode (Wad 2015:386). Den metodologiske rationalisme afstedkommer af, at man ikke anser al viden for lige gyldige. Dette faktum kræver en rationel bedømmelse af den viden, der bliver skabt for at sikre gyldigheden af den. Den rationelle bedømmelse, kan ske gennem *retroduktion*. Retroduktion er en gentagelse af *abduktion*, til en tilstrækkelig forklaring er opnået (ibid.:386). Abduktion er en slutning fra eksplanandum til den bedst mulige eksplanans. Retroduktion er dermed en proces, hvor forskeren undersøger forskellige eksplanans i forhold til et observeret fænomen, indtil der er et tilstrækkeligt, forstået som normativt tilfredsstillende, grundlag for at afslutte denne proces.

Jeg gør i dette studie brug af en pluralistiske metodologi ved hjælp af et mixed-method studie. Med en forstående erkendelsesinteresse, er den metodologiske rationalisme blevet anvendt til at efterleve dette. Dette har krævet, at der først er blevet anvendt et eksplorativt delstudie til at udlede relevante vilkår, for herefter at anvende et deduktivt delstudie til at undersøge de udledte vilkår. Desuden er der i operationaliserings-, analyse- og diskussionsprocessen gjort brug af retroduktion til at undersøge vilkårene for det tværfaglige samarbejde, og hvilken effekt disse vilkår har på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde.

Kapitel 2 - State-of-the-art

Kapitlet er struktureret således, at der først gives en indføring i en institutionelt organisationsteoretisk forståelse af vilkår i en organisation. Formålet med indføringen er at give et indblik i, hvordan man med et ”klassisk” organisationssociologisk perspektiv kan forstå vilkår. Herefter redegøres der for og diskuteres den nationale og internationale litteratur om vilkår for tværfagligt samarbejde i rehabiliteringsprojekter.

Kapitlet har et overordnet fokus på state-of-the-art litteraturen, hvor formålet er at udlede hvordan vilkår for tværfagligt samarbejde i rehabiliteringsprojekter kan konceptualiseres. De specifikke resultater fra studierne gennemgås i forbindelse med operationaliseringen (afsnit 4.3).

2.1. Vilkår i et institutionelt organisationsteoretisk perspektiv

Med et institutionelt organisationsteoretisk perspektiv kan institutioner forstås som bestående af tre elementer: regulative elementer, normative elementer og kulturelle/kognitive elementer, hvor elementerne er sameksisterende og interagerer med hinanden (Scott 2008:48). Elementerne agerer som retningslinjer for de sociale interaktioner, der finder sted i institutionerne, og bliver samtidigt konstrueret og videreudviklet i de sociale interaktioner (Hellet & Ventresca 2006:213). Hvis vi anvender denne forståelse på dette studiets fokus, vil vi sige, at vilkår kan være kulturelle, strukturelle og processuelle, og er med til at påvirke det tværfaglige samarbejde – men bliver samtidigt konstrueret og ændret i det tværfaglige samarbejde.

Jeg vil ikke eksplicit gøre brug af denne institutionel organisationsteoretiske forståelse i studiet, men derimod af ’integrated primary care’. Dette betyder dog ikke, at den institutionelle organisationsteori ikke har relevans for studiet. Som det vil fremgå af operationaliseringen, er den eneste forskel mellem dette studies forståelse af kontekstvilkår, og den institutionelle organisationsteoretiske forståelse af institutionelle elementer, at jeg opdeler ”kulturelle elementer” til interne/eksterne vilkår – og herudover præciserer det til at være vilkår, der ikke har med Forløbsmodellen at gøre. Jeg gør desuden også brug af en dialektisk forståelse af individ-struktur dynamikken, hvilket igen er i overensstemmelse med den institutionelle organisationsteoretiske perspektiv.

I dette studie gør jeg dermed brug af nogle af de samme logikker, som der er tilstede i den institutionelle organisationsteori. Dette vil sige, at selvom jeg bruger ’integrated primary care’-litteraturen til at udlede studiets analytiske framework, så er studiet også forankret i den institutionelle organisationsteori, og herved organisationssociologien. Det kan her bemærkes, at grunden til at jeg gør brug af ’integrated primary care’-litteraturen i stedet for institutionel organisationsteori er, fordi ’integrated primary care’-

litteraturen har et bredere fokus på vilkårene for det tværfaglige samarbejde, og herved er mere kompatible med studiets fokusområde.

2.2. Vilkår i kommunale rehabiliteringsprojekter i Danmark

For at få et indblik i hvad state-of-the-art er på undersøgelsesområdet, er der lavet en litteratursøgning af den danske grålitteratur. Et display af de fundne studier fra denne litteratursøgning findes i bilag 1.

Sektorforskning- og analyse litteratur

I læsningen af sektorforskning- og analyse litteraturen, der undersøger og evaluerer de kommunale rehabiliteringsprojekter i ældreomsorg, bliver det klart, at der er mange perspektiver, der kan anvendes. En del af litteraturen indtager et borgerperspektiv, og ser på hvordan borgeren oplever det nye rehabiliteringsprojekt (Siren et. al. 2015, Petersen et. al. 2017). En del af litteraturen indtager et medarbejderperspektiv og ser på, hvordan medarbejderne oplever arbejdet med det nye rehabiliteringsprojekt (Kjellberg 2011, Lauritzen et. al. 2017). En del af litteraturen indtager et organisatorisk perspektiv og ser på, hvordan organisationen håndterer arbejdet med det nye rehabiliteringsprojekt (Tonnesen et. al. 2012, Madsen et. al. 2014,). En del af litteraturen indtager et implementeringsperspektiv og ser på, hvordan implementeringsprocessen er foregået, og om implementeringen af det nye rehabiliteringsprojekt er lykkedes (Pedersen 2015, Lauritzen et. al. 2017). Og sidst – men ikke mindst – fokuserer en del af litteraturen på det økonomiske perspektiv, hvor evalueringen af rehabiliteringsprojektet går på kroner og øre (Kjellberg & Ibsen 2012, Tonnesen et. al. 2012).

Ud fra sektorforskning- og analyse litteraturen kan der udledes to interessante punkter i forhold til indeværende studie. Det første er, at tværfagligt samarbejde, som et evalueringsparameter i sig selv, er negligeret. Der bliver ikke sat parametre op for, hvad velfungerende tværfagligt samarbejde er, eller hvordan det kan måles. Der bliver desuden heller ikke anvendt et proxy-mål for dette, som f.eks. i dette studie, hvor der måles medarbejderne oplevelse af det tværfaglige samarbejde. Et andet interessante punkt er, at det kun er de færreste af evalueringerne og rapporterne, der anvender flere analytiske perspektiver end ét. Og af de fire, der gør (Lauritzen et. al., Madsen et. al., Petersen et. al., Tonnesen et. al.), er det kun Petersen et. al. der inddrager mere end tre analytiske perspektiver – og dette gøres i et litteratur-review. Grunden til at det er interessant stammer fra selve præmissen om, at man *kan* anvende flere analytiske perspektiver. For hvis man kan anvende flere analytiske perspektiver, hænger disse forskellige analytiske perspektiver så sammen? Har de en indvirkning på hinanden, eller eksisterer de uafhængig af hinanden? Og hvis de hænger sammen, hvordan kan man så forstå sammenhængsforholdet? Denne erkendelse af, at der eksisterer forskellige analytiske perspektiver, og der herved kan være faciliterende og udfordrende

vilkår for det tværfaglige samarbejde på forskellige analytiske niveauer kalder på at man skal undersøge vilkårene for det tværfaglige samarbejde på *flere analytiske niveauer* – og ikke blot fokusere på ét.

For at se nærmere på, hvorledes vilkår for tværfagligt samarbejde kan operationaliseres og undersøges, samt hvorledes forskellige analytiske perspektiver kan kombineres, er det nødvendigt at se på den internationale forskningslitteratur på området.

2.3. Vilkår i internationale rehabiliteringsprojekter

Et display af de fundne studier fra den internationale litteratursøgning findes i bilag - 2.

International peer-reviewed forskningslitteratur

I læsningen af den internationale forskningslitteratur, som fokuserer specifikt på vilkår for tværfagligt samarbejde i intra- og inter-organisatoriske rehabiliteringsprojekter i ældreomsorg, danner der sig det samme billede, som var tilfældet i den danske sektorforsknings- og analyse litteratur på undersøgelsesområdet. Vilkår for tværfagligt samarbejde bliver næsten udelukkende undersøgt eksplorativt og kvalitativt med henblik på at udlede, hvilke specifikke vilkår medarbejderne oplever som hæmmende eller faciliterende for det tværfaglige samarbejde. I læsningen af denne eksplorative internationale litteratur kan der udledes tre overordnet pointer.

For det første at der er *mange* vilkår, der kan virke enten hæmmende eller faciliterende på det tværfaglige samarbejde (White et. al. 2013, Auschra 2018). For det andet at vilkårene, der kan virke hæmmende/faciliterende, opererer på forskellige analytiske niveauer (Kraft et. al. 2014, Moe & Brinchmann 2017). Og for det tredje at hvilke vilkår, der virker hæmmende/faciliterende, varierer fra kontekst til kontekst (Stanmor & Waterman 2007, Birkeland et. al. 2017).

Ud fra disse tre pointer, bliver dette studiets relevans klart. For hvis størstedelen af litteraturen fokuserer på kvalitative og dybdegående undersøgelser af vilkårene, samt at de opererer på forskellige analytiske niveauer og varierer fra kontekst til kontekst, så er der brug for et bredere perspektiv, hvor sammenhængsforholdet og styrkeniveauet mellem vilkårene undersøges. Jeg vil nu opsummere de mest prominente perspektiver, der er blevet anvendt i studierne.

Professionsperspektiver bliver ofte anvendt til at forstå og undersøge tværfagligt arbejde, f.eks. hvordan professioner tilpasser nye implementeringstiltag til at stemme overens med deres professionelle projekt (Kuhlmann et. al. 2009). Ledelsesperspektivet bliver ligeledes ofte anvendt, hvor f.eks. typer af ledelsesformer kan bruges til at forstå vilkårene for det tværfaglige samarbejde (Gustafsson 2007). Implementeringsperspektivet er også et populært perspektiv, hvor f.eks. typen af implementeringstiltag og selve strategien for implementeringen kan bruges til at forstå vilkårene for det tværfaglige samarbejde

(Moe & Brataas 2016). Foruden disse tre fremherskende perspektiver, kunne der også nævnes et virvar af andre økonomiske, sociologiske og politiske perspektiver (Williams 2012:18).

I 'integrated primary care'-litteraturen de sidste 5 år er der vækket en interesse for at sammenfatte de udledte punkter og spørgsmål, samt inddrage de ovenstående perspektiver, i ét samlet teoretisk- og metodisk framework, hvor formålet er at undersøge vilkårene for det tværfagligt samarbejde i sundhedsvæsenet deduktivt. En der har gjort dette, er Pim. P. Valentijn. Valentijn har udarbejdet det teoretiske framework: Rainbow-model of Integrated Care (kaldet RMIC herfra) (Valentijn 2015). Andre der har gjort det samme, er forskningsgruppen bag det teoretiske framework: Implementing Integrated Care for Older Adults with Complex Health Needs (kaldet iCOACH herfra) (Wodchis et. al. 2018). Begge disse frameworks er synteser af de fremførte udledninger og perspektiver i den overstående litteraturgennemgang.

I dette studie er jeg inspireret af disse to frameworks og vil gøre brug af dem i mere eller mindre modificerede udgaver. Valget af RMIC og iCOACH, fremfor andre teoretiske frameworks grunder i deres anvendelse af flere analytiske niveauer og deres komplementaritet i forhold til hinanden. Begge frameworks anvender de samme 4 analytiske niveauer og har hver deres fokus – RMIC primært på samarbejdsvilkår og iCOACH primært på kontekstvilkår. Frameworksene er derfor brugt som inspiration, da de er de mest kompatible frameworks i forhold til den forståelse af vilkår og det fokus på vilkårene, jeg har i dette studie.

Kapitel 3 - Teori

Kapitlet er struktureret således, at der først gives en indføring i 'integrated primary care'. Herefter redegøres og diskuteres de to teoretiske frameworks. Til sidst vil der være en opsamling, hvor der redegøres for det analytiske framework, der gøres brug af i studiet.

3.1. Integrated Primary Care

Primary care kan overordnet defineres som:

"It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process. "
(World Health Organization 1978)

Primary care kan forstås som *den del af sundhedsvæsenet, der varetager den første kontakt*. I en dansk sammenhæng betyder dette, at både regionerne og kommunerne er en del af den danske primary care. Jeg vil i dette studie udelukkende fokusere på den kommunale primary care, og herved det tværfaglige samarbejde der finder sted *internt* i kommunen.

Integrated care kan overordnet defineres som:

"The search to connect the healthcare system (acute, primary medical and skilled) with other human service systems (e.g., long-term care, education and vocational and housing services) to improve outcomes (clinical, satisfaction and efficiency) "
(Leutz 1999)

Integrated care kan forstås, som *forsøget på at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet*. I forhold til dette studie, er Forløbsmodellen et forsøg på at skabe sammenhæng mellem de forskellige faggrupper og enheder i Sundhed og Omsorg.

Forløbsmodellen er et *integrated care* initiativ i en *primary care* setting. Det tværfaglige samarbejde, jeg undersøger i dette studie, er dermed tværfagligt samarbejde i *integrated primary care*, og vilkårene for det tværfaglige samarbejde skal derfor forstås ud fra dette.

3.2. RMIC & Samarbejdsvilkår

Valentijn har forsøgt at definere og udvikle et teoretisk framework for integrated primary care, ved at udlede og sammenkoble de vigtigste begreber fra integrated care og primary care (Valentijn 2015). Jeg er i dette studie inspireret af Valentijns' RMIC i min forståelse og operationalisering af *samarbejdsvilkår*.

For at give et overblik over Valentijns teoretiske framework, kan hans visuelle repræsentation af RMIC hjælpe:

Figur 1. Rainbow Model of Integrated Care (RMIC).



(Valentijn et. al. 2016)

Der vil nu være en gennemgang af elementerne i figur 1, og hvordan de vil blive brugt i studiet.

Kerneelementerne i primary care

Nederst i figur 1 kan der ses tre blå bjælker, der indeholder de to kerneelementer i primary care. Personfokuseret omsorg og pleje henviser til, at personer er forskellige og herved kræver forskellige behandlinger (Valentijn 2015.:24). I en sociologisk forstand kan dette forstås som at personer har deres egen livshistorie, der er skabt ud fra sociokulturelle, biologiske og psykologiske faktorer. Et kerneelement i primary care er herved, at personer skal have en individuel behandling som tager højde for individets livshistorie. I studiets setting bliver der i Forløbsmodellen taget højde for dette gennem *individuelle borgerforløb*.

Populationsbaseret omsorg og pleje henviser til, at primary care varetager omsorg og pleje for mange personer, og at omsorgen og plejen skal distribueres retfærdigt i populationen (ibid.). Dette betyder, at man bliver nødt til at anvende en holistisk tilgang, da f.eks. fokus på specifikke sygdomme vil ende ud i en uretfærdig distribution af omsorgen og plejen. I studiets setting er fokus på *rehabilitering*, hvilket er en holistisk tilgang til omsorg og pleje.

Samarbejdsniveauerne

Af figur 1 fremgår det, at selve ”regnbuen” består af fire analytiske niveauer (system, organisation, profession, service). Hvor de fire analytiske niveauer opererer på tre forskellige teoretiske niveauer: mikroniveauet (service), mesoniveauet (profession, organisation) og makroniveauet (system). De fire analytiske niveauer er, hvad Valentijn benævner ”levels of integration” (ibid.:28). I dette studie vil jeg benævne dem *samarbejdsniveauer* – hvor de fire samarbejdsniveauer tilsammen udgør *samarbejdsvilkårene*. Et samarbejdsniveau kan være mere eller mindre *integreret*, hvilket kan forstås som at et samarbejdsniveau kan være mere eller mindre faciliterende for det tværfaglige samarbejde. Jo mere integreret et samarbejdsniveau er, jo bedre er vilkårene for det tværfaglige samarbejde. Herudover er det antaget at de fire analytiske niveauer har en vertikal sammenhæng, hvor den vertikale sammenhæng henviser til, at de forskellige samarbejdsniveauer co-varierer med hinanden. F.eks. er et dårligt integreret organisationsniveau ofte associeret med et dårligt integreret professionsniveau etc. (ibid.). Niveauerne skal derfor forstås i sammenspil med hinanden og ikke hver for sig. Denne hypotese om vertikal sammenhæng er årsagen til det første arbejds spørgsmål i studiet (jf. afsnit 1.2), og vil blive empirisk undersøgt i analysen.

Nedenfor beskrives, hvad hvert niveau består af. Som det vil fremgå af afsnit 3.4, så vil system- og serviceniveauet ikke blive analyseret i dette studie, hvorfor der blot vil være en kort redegørelse for, hvordan Valentijn forstår disse to niveauer. Herefter vil der være en redegørelse af, hvordan Valentijn forstår organisations- og professionsniveauet, hvor der samtidigt vil blive diskuteret, hvordan jeg forstår disse to niveauer i *dette* studie.

Systemniveauet er defineret som, hvorvidt der er kohærens mellem den politiske agenda og organisationen, samt medarbejdernes mulighed for at efterleve de to kerneelementer i primary care (Valentijn 2015:25). *Serviceniveauet* er defineret som, hvorvidt der er kohærens i, hvordan ydelserne rent faktisk bliver leveret til borgerne (ibid.:29).

Organisationsniveauet er defineret som, hvorvidt der er kohærens i, hvordan ydelser bliver produceret og leveret mellem de samarbejdende organisationer (ibid.:26). Valentijn henviser her til, at horisontal- og

vertikal integration er vigtig for, hvor integreret organisationsniveauet er. Hvor vertikal integration henviser til, at behandlingen af visse sygdomme kan forstås som en ”supply-chain”, der består af f.eks. sygehuse, kommuner, diagnosecentre, private udbydere etc. (ibid.). Hvilket kræver at der er en organisatorisk sammenhæng i denne supply-chain, således der er kontinuitet og kohærens i processen. Mens horisontal integration henviser til, at sundhedsvæsenets samlede mål er at bedre befolkningens helbred hvilket kræver, at sundhedsvæsenet som helhed har et holistisk fokus på sygdomsbehandling og herved indgår i tværfagligt- og tværsektorielt samarbejde (ibid.). Forståelsen af organisationsniveauet i dette studie vil være inspireret af, men dog forskelligt fra Valentijns. Dette skyldes at Valentijns forståelse af organisationsniveauet har fokus på det inter-organisatoriske aspekt af sundhedsvæsenet som helhed, hvor jeg i dette studie har fokus på det intra-organisatoriske i det kommunale sundhedsvæsen. Herudover er jeg i min brug af RMIC fokuseret på, hvordan Forløbsmodellen er med til at danne bestemte vilkår for det tværfaglige samarbejde, hvorfor jeg vil modificere forståelsen af samarbejdsvilkår på organisationsniveauet til at omhandle dette. Jeg vil derfor i dette studie forstå organisationsniveauet som, *hvorvidt Forløbsmodellen giver en klar strategi for, hvordan det tværfaglige samarbejde skal udføres*. I denne definition er den intra-kommunale vertikale- og horisontale integration indlejret. Den intra-kommunale vertikale integration kan forstås som, hvorvidt der er kohærens og kontinuitet mellem de forskellige faggrupper, der er involveret i ét borgerforløb. Mens den intra-kommunale horisontale integration kan forstås som, hvorvidt alle borgerforløb har det samme holistiske fokus og er faciliterende for det tværfaglige samarbejde. Dette vil sige, at hvis Forløbsmodellen giver en klar strategi for, hvordan det tværfaglige samarbejde skal udføres, så vil dette være med til at øge den intra-kommunale vertikale- og horisontale integration og herved skabe faciliterende samarbejdsvilkår på organisationsniveauet.

Professionsniveauet er defineret som, hvorvidt der er kohærens i, hvordan ydelser skal leveres mellem de samarbejdende medarbejdere (ibid.:28). Valentijn henviser til, at deling af kompetencer, roller og ansvar er faciliterende for, om der er kohærens mellem de samarbejdende medarbejdere, og hvorvidt de har mulighed for at levere kontinuerlig pleje til den givne befolkning (ibid.). Igen er jeg i min brug af RMIC fokuseret på, hvordan Forløbsmodellen er med til at danne bestemte vilkår for det tværfaglige samarbejde. Jeg vil derfor i dette studie forstå professionsniveauet som, *hvorvidt Forløbsmodellen giver en klar forståelse af, hvordan det tværfaglige samarbejde skal udføres*. Én ting er den organisatoriske strategi med Forløbsmodellen på organisationsniveauet, mens en anden ting er om Forløbsmodellen overhovedet er forståelig og anvendelig i praksis på professionsniveauet. Dette vil sige, at hvis Forløbsmodellen giver en klar forståelse af, hvordan det tværfaglige samarbejde skal udføres, så vil dette være med til at medarbejderne kan dele deres kompetencer, roller og ansvar med hinanden, hvilket er med til at skabe faciliterende samarbejdsvilkår på professionsniveauet.

RMIC & State-of-the-art

Valentijns RMIC giver os muligheden for at besvare to af de interessepunkter, der blev udledt fra gennemgangen af den danske og internationale litteratur om rehabiliteringsprojekter: Først og fremmest giver det os muligheden for at besvare spørgsmålet om, hvordan man kan sammenflette de mange forskellige analytiske perspektiver, der bliver anvendt til at undersøge disse rehabiliteringsprojekter (da disse er indlejret i niveauerne). Herudover giver det os muligheden for at indtænke de mange forskellige vilkår, der er blevet udledt fra state-of-the-art litteraturen, i ét overordnet framework.

I forhold til det sidste interessepunkt der blev udledt fra den internationale litteratur, hvorledes man kan tage højde for, at vilkår varierer fra kontekst til kontekst, bliver vi nødt til at kigge ud over RMIC. Valentijn pointerer selv, hvordan at organisationskontekster varierer, og at man derfor skal have dette in mente i appliceringen af RMIC (Valentijn 2015:145). Men hvordan kan vi så tage højde for og inddrage konteksten i Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune?

3.3. iCOACH & Kontekstvilkår

Med forståelsen af vigtigheden af kontekst, har Dopsen & Fitzgerald prøvet at lave en nuanceret og gennemgående operationalisering af kontekst (Dopsen & Fitzgerald 2005). De beskriver kontekst som værende de interne, eksterne, strukturelle og processuelle vilkår, som medarbejdere og ledere både er med til at reproducere og transformere (ibid.). Dopsen & Fitzgerald definerer herved kontekst som værende *enacted*, hvilket kan forstås som at medarbejderne og lederne drager mening ud af konteksten, og herfra er med til at omforme og definere denne selvsamme kontekst (Dopson et. al. 2008::227). Teoretisk set kan vi dermed forstå kontekst som værende en kontinuerlig dynamisk proces, der er i et dialektisk sammenspil mellem personer der oplever den, og omgivelserne der dikterer den. Denne forståelse af kontekst som aktiv og foranderlig af natur er dog ikke analytisk fordelagtig, hvis vi vil måle disse kontekstvilkår kvantitativt. For hvordan kan vi ud fra tværsnitsdata måle kontekstvilkår, hvis de konstant er i en vekselvirkning med de personer som oplever dem? Da formålet med dette studie er at måle kontekstvilkårene, *som de er nu*, og herfra udlede deres effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde *lige nu*, har vi brug for en anden analytisk forståelse af kontekstvilkår, end Dopsen & Fitzgerald præsenterer.

iCOACH er en forskningsgruppe, som har anvendt en analytisk forståelse af kontekst som værende *stabil*, til at undersøge implementeringsvilkårene for integrated care projekter (Wodchis et. al. 2018). Fordelen ved en analytisk forståelse af kontekst som værende stabil er, at det muliggør en undersøgelse af konteksten, som den er lige nu, da konteksten ikke antages at være i kontant forandring. Med en analytisk forståelse af kontekstvilkårene som stabile, er det meningsfuldt at tage et ”stillbillede” af, hvordan de ser

ud lige nu, og herfra udlede hvilke effekter disse kontekstvilkår har på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde. Dette vil sige, at selvom jeg tillægger mig den teoretiske forståelse af kontekst som værende interne, eksterne, strukturelle og processuelle vilkår, der er dynamiske og enacted, så har jeg en analytisk forståelse af, at disse kontekstvilkår er stabile. Jeg vil derfor være inspireret af iCOACH i operationalisering af *kontekstvilkårene*.

En af hovedpointerne i iCOACH er, at det hverken er muligt eller brugbart at måle *alle* kontekstvilkår. I stedet skal man starte med en eksplorativ undersøgelse af den setting, man undersøger, for at udlede de mest prominente kontekstvilkår (Evans et. al. 2017). Med udledningen af de vigtigste kontekstvilkår kan man herefter gøre disse kontekstvilkår kvantitativt målbare, og undersøge dem i en deduktiv undersøgelse (ibid.). Jeg vil i dette studie gøre brug af dette sekventielle design til at undersøge kontekstvilkårene. Da det teoretiske-framework i iCOACH, udover overstående pointe, bygger på det samme grundlag som RMIC, vil der her kun redegøres for kontekstniveauerne.

Det kan bemærkes, at iCOACH omhandler *implementeringsvilkårene*. Da jeg i dette studie ikke er interesseret i selve implementeringsprocessen af Forløbsmodellen (givet den er overstået), vil iCOACH blot bruges som inspiration til at operationalisere kontekstvilkår.

Kontekstniveauerne

Forskningsgruppen bag iCOACH har anvendt Valentijns forståelse af, at der analytisk kan skelnes mellem fire forskellige niveauer, som er i sammenspil med hinanden (Wodchis et. al. 2018). Disse fire *kontekstniveauer* er (ibid.): patient-/familieniveauet, providerniveauet, organisationsniveauet og policyniveauet. De fire niveauer korresponderer med Valentijns fire niveauer, selvom nogle af dem har anderledes navne. For forståelsens skyld vil jeg i dette studie bruge navnene på niveauerne i RMIC ved både samarbejdsvilkår og kontekstvilkår. Kontekstniveauerne vil nu redegøres for, og defineres (der vil igen blot være en kort redegørelse for system- og serviceniveauet, da disse ikke analyseres).

Systemniveauet er defineret som den overordnet politiske, økonomiske, sociale og kulturelle kontekst (ibid.:4). *Serviceniveauet* er defineret som borgerens livshistorie (ibid.:5). Hvor livshistorie indbefatter deres sociale og kulturelle aktiviteter, deres netværk, deres økonomiske status etc.

Organisationsniveauet er i iCOACH defineret som organisationskonteksten, der *ikke* direkte er en del af implementeringsinterventionen (ibid.:4). iCOACH skelner mellem tre typer af vilkår i organisationskonteksten, hvor disse tre typer er organisationens struktur, kultur og processer. Herfra skelner iCOACH mellem syv vilkår relaterede til organisationens struktur, syv vilkår relaterede til kulturen i organisationen samt fire vilkår relaterede til processerne i organisationen (ibid.). Med

inspiration fra iCOACH vil jeg i dette studie forstå kontekstvilkårene på organisationsniveauet som, *hvorvidt de interne, eksterne, strukturelle og processuelle vilkår på organisationsniveauet, der ikke direkte er en del af Forløbsmodellen, har en effekt på det tværfaglige samarbejde*. Der kan ses tre forskelle mellem iCOACH's forståelse, og min forståelse. Først og fremmest modificerer jeg kontekstvilkårene på organisationsniveauet til at være interne/eksterne i stedet for kulturelle. Grunden til dette er, fordi jeg anvender Dopson & Fitzgeralds definition af kontekst – der er dog ikke den store forskel, da kulturelle vilkår blot kan omfattes som interne vilkår. Herudover modificerer jeg kontekstvilkårene til at omhandle Forløbsmodellen, i stedet for 'implementeringsinterventionen', og til at omhandle tværfagligt samarbejde.

Professionsniveauet er i iCOACH defineret som, hvorvidt samarbejdsmodellen opfylder de seks elementer i "chronic care modellen" (ibid.:4-5). Hvor antagelsen er, at de samarbejdsmodeller, der opfylder disse seks elementer, har bedre implementeringsvilkår. Jeg vil i dette studie *ikke* anvende denne forståelse. Jeg vil i stedet forstå professionsniveauet som, *hvorvidt de interne, eksterne, strukturelle og processuelle vilkår på medarbejderniveauet, der ikke direkte er en del af Forløbsmodellen, har en effekt på det tværfaglige samarbejde*. Det kan her ses, at den eneste forskel mellem definitionen af kontekstvilkårene på professionsniveauet og definitionen af kontekstvilkårene på organisationsniveauet, er enheden for det analytiske fokus (hvilket også var tilfældet ved samarbejdsvilkårene). Det samme kontekstvilkår kan herved undersøges på både organisations- og professionsniveauet. Der vil f.eks. i dette studie både undersøges, hvorvidt lederne oplever deres enhed har ressourcerne til at varetage deres opgaver (et kontekstvilkår på organisationsniveauet), og hvorvidt medarbejderne oplever, de har tid til at prioritere det tværfaglige samarbejde (et kontekstvilkår på professionsniveauet). Begge disse vilkår kan antages at være påvirket af "ressourcer" som et strukturelt organisationskontekstvilkår, men undersøges på forskellige analytiske niveauer (henholdsvis organisations- og professionsniveauet).

Dopson & Fitzgerald samt iCOACH giver os dermed muligheden for at besvare vores tredje interessepunkt fra den internationale litteratur: hvordan kontekst kan forstås og undersøges i et givet rehabiliteringsprojekt.

3.4. Studiets analytiske framework

Jeg vil i dette studie udelade serviceniveauet i analysen. Dette begrundes med, at Aarhus Kommune allerede i 2018 lavede en borgerundersøgelse (der ikke kan anvendes som data i forhold til serviceniveauet), og det har herved ikke været muligt at lave en tilsvarende undersøgelse. Herudover vil systemniveauet også udelades i analysen. Dette begrundes med, at alle områder i Sundhed og Omsorg,

Aarhus kommune, er underlagt de samme politiske vilkår. Der vil derfor ikke være en variation mellem respondenterne hvilket betyder, at det ikke vil være meningsfuldt at inddrage dette niveau i analysen.

Som opsummering på den teoretiske diskussion, kan nedenstående figur af det overordnede analytiske framework, der bliver anvendt i studiet, hjælpe med at danne et overblik:

Figur 2. Det analytiske framework for studiet.

Vilkår for det tværfaglige samarbejde i Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune



Den grå firkant i figuren illustrerer vilkårene for det tværfaglige samarbejde i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune. Det, der bliver undersøgt i dette studie, er henholdsvis kontekstvilkårene på organisations- og professionsniveauet (den blå cirkel), og samarbejdsvilkårene på organisations- og professionsniveauet (den grønne cirkel). Mens vilkårene tilsammen (den grå firkant), er antaget at have en effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde (den røde cirkel). Figuren illustrerer dermed, hvordan der i studiet ikke bliver undersøgt *alle* vilkår, men at fokus er på henholdsvis samarbejds- og kontekstvilkårene på organisations- og professionsniveauet. Figuren skal desuden blot forstås som det overordnede analytiske framework for studiet – der vil senere blive præsenteret de egentlige analysemodeller der anvendes.

Det analytiske framework der fremgår af figur 2 er, hvordan jeg *forstår* vilkår for tværfagligt samarbejde, i dette studie. For at give et indblik i, hvordan jeg vil *undersøge* disse vilkår, vil jeg nu redegøre for og diskutere studiets design & metode.

Kapitel 4 - Design & Metode

Kapitlet er struktureret således, at der først gennemgås studiets design, hvorefter der redegøres for og diskuteres hvilken type data der er indsamlet, hvordan de anvendte teorier er operationaliseret og hvilke analysemetoder der er brugt i analysen.

4.1. Sekventielt mixed-method design

Overordnet kan vi kategorisere metoder i fire empiriske forskningsstilarter (Frederiksen 2014:14): *Feltarbejde*, *Interviewmetoder*, *Eksperimenter* og *Ikke-indgribende metoder*. *Mixed-method* kan opstilles som en femte empirisk forskningsstilarth, hvor mixed-method er defineret som en kombination af to eller flere af de fire forskningsstilarter, og/eller en kombination af to eller flere metoder indenfor én forskningsstilarth (ibid.:18). I dette studie anvender jeg data fra passiv observation (feltarbejde), fokusgruppeinterviews (interviewmetoder), semi-strukturerede enkelt interviews (interviewmetoder) og spørgeskemaundersøgelser (interviewmetoder). Grunden til valget af en mixed-method tilgang, og hvorfor denne tilgang er den bedst mulige til at besvare studiets problemformulering, kan udledes fra metodernes komplementære natur. Den komplementære natur kan ses i måden, jeg i studiet har anvendt disse fire forskellige metoder. Data fra de forskellige metoder er indhentet og analyseret *sekventielt*, og er dermed blevet brugt til at understøtte hinanden (ibid.22).

Først blev et observationsstudie anvendt til at få et indblik i praksis på undersøgelsesområdet. Observationsstudiet havde et 2-delt formål. Først og fremmest var formålet at indhente data, der kunne anvendes i analysen, men herudover var formålet også at kunne kvalificere interviewguides til de fokusgruppeinterviews og enkelt-interviews, der skulle foretages efterfølgende. Formålet med de foretagne interviews var, at få viden om de vigtigste kontekstvilkår, således disse kunne gøres kvantitativt målbare og indgå i den efterfølgende surveyundersøgelse. Det sekventielle analysedesign indebærer dermed, at jeg først har analyseret de kvalitative data fra observations- og interviewstudierne (med henblik på at udlede kontekstvilkår). For herefter at bruge resultaterne fra den kvalitative analyse til at informere den kvantitative undersøgelse.

4.2. Indsamling, mængde & type af data

Observationsstudiet og interviewene er blevet foretaget i forbindelse med et forskningsprojekt, hvor jeg har været tilknyttet som praktikant og studentermedhjælper. Mens den større surveyundersøgelse er blevet foretaget i forbindelse med dette speciale.

Interview- og observationsstudie

Interview- og observationsstudierne blev udført i perioden april-juni 2018. Studierne havde to af Aarhus kommunes områder som cases. Cases var valgt på baggrund af en ”mest uens” strategisk udvælgelse (Antoft & Salomonsen 2012:47). Hvor parametrene for ”uenshed” var områdernes størrelse, og enhedernes geografiske afstand fra hinanden i områderne. Fra hvert område deltog én sundhedsenhed ét hjemmeplejeteam og 2 plejehjem. Udvælgelsen af deltagende enheder skete ved hjælp af convenience sampling, og udvælgelseskriterierne var herved, om enhederne havde mulighed og motivation for at deltage. Den resulterende bias af dette kunne antageligvis være, at de deltagende enheder er ’ekstreme cases’ (ibid.:44). Dette grunder i, at motivationen for at deltage frivilligt i en undersøgelse umiddelbart kan tolkes som enten en motivation for at vise, hvor godt det går – eller en motivation for at finde ud af, hvorfor noget ikke fungerer.

Observationsstudiet bestod af 8 hele observationsdage á 6 timer, samt observationer af 8 borgerkonferencer (4 observationsdage og 4 borgerkonferencer i hvert område). Interviewstudiet bestod af enkelt interviews med en leder af et plejehjem, sundhedsenheden og et hjemmeplejeteam, fra hvert område (6 interviews). Et interview med områdededelsen (områdechef + viceområdechef) fra hvert område (2 interviews). Et interview med implementeringsagenterne fra de to områder (1 interview). Og fokusgruppe interviews med medarbejdere fra et plejehjem, sundhedsenheden og et hjemmeplejeteam, fra hvert område (6 interviews). Observationerne og interviewene blev foretaget af mig selv og to forskere tilknyttet projektet. Nedenstående tabel 1 og 2 giver en oversigt over hvilken fagperson, enhed og borgerkonference der blev observeret, mens tabel 3 giver en oversigt over fordelingen af informanterne i interviewene.

Tabel 1. Fordeling af informanter i hele observationsdage (8 hele observationsdage i alt).

Område	Profession	Plejehjem	Sundhedsenhed	Hjemmepleje	Total
Område A	SOSU-hjælper	1	-	1	2
	SOSU-assistent	-	-	-	0
	Sygeplejerske	-	1	-	1
	Fysioterapeut	-	-	-	0
	Ergoterapeut	1	-	-	1
Område B	SOSU-hjælper	-	-	1	1
	SOSU-assistent	1	-	-	1
	Sygeplejerske	1	-	-	1
	Fysioterapeut	-	1	-	1
	Ergoterapeut	-	-	-	0
Total		4	2	2	8

Tabel 2. Fordeling af observationer af borgerkonferencer (8 observationer i alt).

Område	Borgerkonference	Plejehjem	Sundhedsenhed/Hjemmepleje	Total
Område A	Første sundhedsfaglige kontakt	-	-	0
	Planlægningssamtale	2	-	2
	Opfølgningssamtale	1	-	1
	Afslutningssamtale	-	1	1
Område B	Første sundhedsfaglige kontakt	-	1	1
	Planlægningssamtale	-	1	1
	Opfølgningssamtale	-	1	1
	Afslutningssamtale	1	-	1
Total		4	4	8

*Nogle af observationer blev udført i forbindelse med de hele observationsdage

Tabel 3. Fordeling af informanter i interviews (15 interviews, 41 informanter i alt).

Område	Profession	Andet	Plejehjem	Sundhedsen- hed	Hjemmepleje	Total
Område A	Områdechef	1	-	-	-	1
	Viceområdechef	1	-	-	-	1
	Implementeringsagen- t	1	-	-	-	1
	Leder	-	1	1	1	3
	SOSU-hjælper	-	1	-	1	2
	SOSU-assistent	-	1	-	3	4
	Sygeplejerske	-	1	1	-	2
	Fysioterapeut	-	1	1	-	2
	Ergoterapeut	-	1	1	1	3
	Borgerkonsulent	-	-	-	-	0
	Diætist	-	-	1	-	1
Område B	Områdechef	1	-	-	-	1
	Viceområdechef	1	-	-	-	1
	Implementeringsagen- t	1	-	-	-	1
	Leder	-	1	1	1	3
	SOSU-hjælper	-	-	-	2	2
	SOSU-assistent	-	1	-	2	3
	Sygeplejerske	-	1	1	1	3
	Fysioterapeut	-	1	1	-	2
	Ergoterapeut	-	1	1	1	3
	Borgerkonsulent	-	-	1	-	1
	Diætist	-	-	1	-	1
Total		6	11	11	13	41

Surveyundersøgelse

Den større surveyundersøgelse har jeg udført i forbindelse med dette studie. Populationen for surveyundersøgelsen er alle frontmedarbejdere (pedeller, ernæringsassistenter etc. er herved ekskluderet), og ledere i de 3 primære enhedstyper i Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune. For at undersøge populationen er klynge sampling blevet brugt (de Vaus 2014:71). De valgte klynger er de primære enheder (plejehjem, sundhedsenhed, hjemmeplejeteam) i Sundhed og Omsorg. Da formålet med dette studie er at opnå viden om vilkårene for tværfagligt samarbejde i forskellige kontekster, er *alle* frontmedarbejdere i udvalgte enheder valgt som sample. I surveyundersøgelsen deltog ét plejehjem, sundhedsenheden og ét hjemmeplejeteam fra hver af de 7 områder (21 enheder i alt). Der blev sendt spørgeskemaer til 998 medarbejdere og 30 ledere. 498 medarbejdere (50%) og 27 ledere (90%) besvarede spørgeskemaerne. Områdeledelsen rekrutterede de deltagende enheder i hvert område, og der kan herved have været selektions bias i udvælgelsen, da det ikke var en tilfældig sampling af enhederne (ibid.). Der kunne dermed antages at være den samme tendens til udvælgelse af ”ekstreme cases”, som i observations- og interviewstudierne.

Surveyundersøgelsen er opdelt i 2 spørgeskemaer: et medarbejderspørgeskema² og et lederspørgeskema³. Spørgeskemaerne blev udarbejdet i samarbejde med Aarhus kommune, for at sikre at spørgeskemaerne blev forståelige og kunne besvares af alle medarbejdere og ledere. Spørgeskemaerne blev pilot-testet af 4 medarbejdere og 2 ledere, hvor medarbejderne og lederne efterfølgende gav feedback på eventuelle forståelsesproblemer. De endelige spørgeskemaer blev udsendt d. 13. marts 2019, og dataindsamlingen stoppet d. 29. marts 2019.

Type af data

Grundet det sekventielle analysedesign er de endelige data, der analyseres, kvantitative data. Valget af kvantitative data skyldes, at de understøtter det *brede* fokus, jeg har på vilkår i dette studie. Fordelen ved kvantitative data er, at det giver viden om vilkårene fra en repræsentativ del af den undersøgte population, og tolkninger kan dermed generaliseres til hele den undersøgte setting. Ulempen er at det fjerner nuancerne i de specifikke vilkår, der undersøges, da der bliver spurgt med lukkede spørgsmål i spørgeskemaerne, og det derved ikke er muligt for respondenterne at elaborere på svarene. Dette er et trade-off, der er vurderet at være gunstigt, grundet de forudgående kvalitative delstudier samt den teoretiske og empiriske litteratur, der er med til at understøtte operationaliseringen af spørgsmålene i den

² Medarbejderspørgeskemaet findes i bilag 4

³ Lederspørgeskemaet findes i bilag 5

kvantitative undersøgelse. Data er herudover tværsnitsdata, og repræsenterer medarbejderne og ledernes oplevelser samt erfaringer, *som de er nu*.

Analyseenheden i studiet er som udgangspunkt medarbejderne og lederne (individniveau), men i analysen vil vilkårene på organisationsniveau blive udledt fra den enhed, som medarbejderen arbejder i. Dette betyder, at analyseenheden for vilkårene på organisationsniveauet er enhederne, mens analyseenheden for vilkårene på professionsniveauet og outcome-variablen, er individerne. Det kan bemærkes her, at Valentijn i hans undersøgelser med RMIC har Integrated Care Projects (hele enheder) som analyseenhed (Valentijn 2015). Grunden til, jeg har valgt at undersøge professionsniveau vilkårene og outcome-variablen på individniveau, skyldes en antagelse om, at bl.a. medarbejdernes professioner kan have en indvirkning på oplevelsen af vilkårene og outcome-variablen. Dette vil sige, at teoretisk er medarbejdernes oplevelse af professionsniveau vilkårene og outcome-variablen i én enhed ikke vurderet at være homogene nok til at kunne gruppere dem på enhedsniveau. De senere analyser vil vise sig at støtte denne antagelse, og tydeliggøre fordelene ved at undersøge professionsniveau vilkårene og outcome-variablen på individniveau.

Med anvendelsen af en forstående erkendelsesinteresse, vil medarbejderne og ledernes oplevelser og erfaringer herudover blive teoretisk fortolket ud fra de anvendte teorier i studiet. Dette betyder, at selvom typen af data er medarbejderne og ledernes forståelse vil data i analysen blive løftet til en samfundsvidenskabelig fortolkning og forståelse af de undersøgte fænomener. Der er forståelse for, at der er studier, der har vist, der kan være store forskelle i, hvordan forskellige medarbejdere oplever den samme samarbejdsrelation (Gittel & Weiss 2004). Det er dermed ledernes og medarbejdernes *oplevelse* af vilkårene og samarbejdsrelationer, der undersøges, og ikke de *faktiske* vilkår og samarbejdsrelationer. I forlængelse af dette, vil der argumenteres for, at medarbejdernes og ledernes *oplevelse* er mindst ligeså vigtige at undersøge, som de faktiske vilkår. Argumentationen herfor skal findes i studiets teoretiske forståelse af kontekst som værende 'enacted', og herved værende bestemmende for og bestemt af personerne, der oplever dem. Et eksempel kan hjælpe med at forklare argumentationen. Vi kan antage to medarbejdere, der arbejder under de samme faktiske vilkår, hvor én af dem oplever vilkårene, som værende dårligere end de faktisk er, og én medarbejder oplever vilkårene, som værende bedre end de faktisk er. Medarbejderen, der oplever vilkårene som værende dårlige, vil i sine sociale interaktioner, grundet denne negative oplevelse af vilkårene, være med til at transformere de faktiske vilkår til at blive dårlige – mens det vil være omvendt for medarbejderen, der oplever de faktiske vilkår som værende gode (Williams 2012:29). Det er dermed mindst lige så vigtigt at undersøge medarbejderne og ledernes *oplevelse* af vilkårene, som det er at undersøge de faktiske vilkår.

4.3. Operationalisering

Måleskala & gennemgående pointer

Måleskalaen i begge spørgeskemaer er som udgangspunkt en 5-point likert-skala. Grunden til valget af en 5-point likert-skala skyldes, at den ellers ordinalskaleret data meningsfuldt kan blive behandlet som intervalskaleret givet den symmetriske skalering af 5-point likert-skalaen (Malchow-Møller & Würtz 2010:27). De 5 svarmuligheder i spørgeskemaerne er: (5) meget høj grad, (4) høj grad, (3) nogen grad, (2) lav grad og (1) meget lav grad. Det vil skrives i redegørelsen, hvis et undersøgelsesspørgsmål bliver undersøgt ved en anden måleskala. Herudover, for at indfange nuancerne af bestemte items og styrke reliabiliteten af indeksene, er der blevet anvendt flere underspørgsmål til specifikke items. Items er desuden blevet operationaliseret til at omhandle den undersøgte setting.

I forhold til samarbejdsvilkårene vil der dannes to refleksive indeks – ét refleksivt indeks for samarbejdsvilkårene på professionsniveau, og ét refleksivt indeks for samarbejdsvilkårene på organisationsniveau (Sønderskov 2014:163). Grunden til denne indeksering er, at samarbejdsvilkårene som komplekse fænomener, ikke meningsfuldt kan indfanges af ét enkelt spørgsmål på hvert analytiske niveau. Indekseringen øger herved validiteten af resultaterne. Herudover øger indekseringen af flere variable også reliabiliteten, da eventuelle lokale bias i forhold til enkelte spørgsmål bliver nedtonet, givet den enkelte variables indflydelse på resultaterne er mindsket. Grunden til, at det er *refleksive* indeks, der bliver anvendt, er at variablene i indeksene er funderet i det samme bagvedliggende fænomen i forhold til det givne indeks (ibid.). F.eks. er alle variable i indekset for samarbejdsvilkår på professionsniveauet funderet i netop samarbejdsvilkår på professionsniveauet som et bagvedliggende fænomen. Variablene er herved antaget at have en intern korrelation, da de alle sammen måler det samme fænomen – hvilket betyder, at de tilsammen danner en proxyvariabel for det bagvedliggende fænomen ”samarbejdsvilkår på professionsniveauet”.

I forhold til kontekstvilkårene vil der også dannes to refleksive indeks – ét refleksivt indeks for kontekstvilkårene på professionsniveau, og ét refleksivt indeks for kontekstvilkårene på organisationsniveau. *Men* udover de refleksive indeks, vil der også bruges andre variable til at undersøge kontekstvilkårene. Grunden til at samarbejdsvilkårene blot vil undersøges med ét refleksivt indeks for hvert analytiske niveau, mens der vil bruges yderligere variable til at undersøges kontekstvilkårene er, at kontekstvilkår som fænomen er konceptuelt forskellig fra samarbejdsvilkår. Det giver teoretisk mening at antage, at samarbejdsvilkårene er funderet i ét bagvedliggende fænomen, men dette er ikke tilfældet for kontekstvilkårene, da kontekstvilkår som fænomen er mere komplekst, og herved rummer flere forskellige aspekter.

Givet jeg anvender en teoretisk forståelse af kontekstvilkårene som værende enten interne, eksterne, strukturelle eller processuelle, kunne de forskellige aspekter af kontekstvilkårene måles ved at danne fire refleksive indeks (ét for interne kontekstvilkår, ét for eksterne kontekstvilkår, ét for strukturelle kontekstvilkår og ét for processuelle kontekstvilkår), for hvert analytiske niveau. Men da dette uhensigtsmæssigt vil øge kompleksiteten af analysemodellen (givet det ville betyde *mange* indeks og items), er der i studiet valgt *ikke* at anvende denne operationalisering. I stedet er udvælgelsen af hvilke kontekstvilkår, der er blevet indekseret, sket på baggrund af en stillingtagen til hvilke kontekstvilkår der meningsfuldt kan antages at være udtryk for det samme aspekt af fænomenet 'kontekstvilkår', og herved meningsfuldt kan antages at korrelere med hinanden. F.eks. er det ikke meningsfuldt at antage, hvilken enhedstype en enhed er, korrelere med hvilket område enheden er fra, hvorfor variablene for "enhed" og "område" *ikke* indgår i det dannede indeks for kontekstvilkår – organisationsniveau. I forhold til dette eksempel kan vi i stedet sige, at det dannede indeks for kontekstvilkår - organisationsniveau måler ét aspekt af kontekstvilkårene på organisationsniveauet, mens variablerne for 'enhed' og 'område' måler andre aspekter af kontekstvilkår på organisationsniveauet.

Samarbejdsvilkår – professionsniveau

Samarbejdsvilkår på professionsniveauet er defineret som: *hvorvidt Forløbsmodellen giver en klar forståelse af, hvordan det tværfaglige samarbejde skal udføres*. I RMIC bliver der anvendt 10 items til at undersøge professionsniveauet (Valentijn 2015:136). I dette studie vil jeg gøre brug af modificerede versioner af 5 af disse items. Grunden til fravalget af de andre 5 items er, at de enten ikke omhandler samarbejdsvilkår, eller er irrelevante for den undersøgte setting. Der vil nu redegøres for de 5 valgte items.

(1) *Er rollerne og opgaverne i Forløbsmodellen klare for medarbejderne?* Rolle- og opgaveklarhed er fremhævet som et essentielt vilkår for tværfagligt samarbejde i både den internationale og nationale litteratur (Duner 2013, Kjellberg 2013). Rolle- og opgaveklarhed er først og fremmest en forudsætning for, at medarbejderne hver især kan bidrage effektivt til samarbejdet (ibid.). Hvor mangel på indsigt i ens rolle og opgaver fører til dysfunktionelt samarbejde og frustration blandt medarbejderne (ibid.).

(2) *Er der klare aftaler mellem medarbejderne, der samarbejder?* Klare aftaler om, hvem der gør hvad og om hvordan information skal udveksles med hinanden, er ligeledes et essentielt vilkår. Dette understøttes af et kvalitativt studie om tværfagligt samarbejde i sundhedsvæsenet i Sverige, som fandt at medarbejdere uden klare aftaler med hinanden, ofte fejler i at videregive vigtig information til hinanden (Kraft et. al. 2014).

(3) *Er medarbejderne enige om, hvad målet med borgerforløbene er?* Enighed blandt medarbejderne, er det måske mest veldokumenteret samarbejdsvilkår, i forhold til dets betydning for det tværfaglige samarbejde, hvor enighed blandt medarbejderne i højere grad fører til gensidig respekt, kreativitet og engagement (Randstrøm 2014). Mens mangel på enighed blandt medarbejderne i højere grad fører til domænekampe mellem faggrupperne, og generel misbrug af samarbejdet til egen vinding (Rabiee & Glendinning 2011, Hjortbak et. al. 2011).

(4) *Oplever medarbejderne, at Forløbsmodellen er med til at fremme det tværfaglige samarbejde?* Og (5) *Kan medarbejderne se formålet med forløbsmodellen?* Både item 4 og 5 omhandler hvorvidt medarbejderne finder mening i Forløbsmodellen. Hvor item 4 omhandler selve udbyttet, mens item 5 omhandler det overordnede formål. Begge items er understøttet af litteraturen, hvor både mangel på udbytte af samarbejdet og indsigt i det overordnede formål med samarbejdet, er associeret med modstand mod samarbejdet (Moe & Brinchmann 2017).

De fem overstående items, der udgør samarbejdsvilkår på professionsniveauet, undersøges ved brug af et medarbejderspørgeskema. Nedenstående tabel 4 giver et overblik over de fem items, hvilke undersøgelsesspørgsmål disse items undersøges med og deres variabelnavn.

Tabel 4. Operationalisering af samarbejdsvilkår på professionsniveauet.

Indeks	Metode	Item	Undersøgelsesspørgsmål	Variabel
Samarbejdsvilkår - professionsniveau	Medarbejder spørgeskema	(1) Er rollerne og opgaverne i Forløbsmodellen klare for medarbejderne?	I hvilken grad oplever du, at det er tydeligt, hvilke opgaver og ansvar der knytter sig til rollen som kontaktperson?	kp
			I hvilken grad oplever du, at det er tydeligt, hvilke opgaver og ansvar der knytter sig til rollen som Forløbsansvarlig?	fa
			I hvilken grad oplever du, at det er tydeligt, hvilke opgaver du skal varetage i et borgerforløb?	opgaverselv
			I hvilken grad oplever du, at det er tydeligt, hvilke opgaver de andre medarbejdere i et borgerforløb skal varetage?	opgaverandre
	Medarbejder spørgeskema	(2) Er der klare aftaler mellem medarbejderne der samarbejder?	I hvilken grad oplever du, at der er klare aftaler om, hvem der gør hvad i et borgerforløb?	aftaler
	Medarbejder spørgeskema	(3) Er medarbejderne enige om hvad målet med borgerforløbene er?	I hvilken grad oplever du, at der er enighed om, hvad der er borgers mål blandt dig og de andre medarbejdere i et borgerforløb?	enighedborger
			I hvilken grad oplever du, at alle medarbejdere i et borgerforløb arbejder ud fra borgers mål?	arbejderborger
	Medarbejder spørgeskema	(4) Oplever medarbejderne at Forløbsmodellen er med til at fremme det tværfaglige samarbejde?	I hvilken grad oplever du, at rollerne som kontaktperson og forløbsansvarlig fremmer det tværfaglige samarbejde?	kpfa
			I hvilken grad oplever du, at afholdelse af Borgerkonferencer og Første sundhedsfaglige kontakt understøtter det tværfaglige samarbejde?	bk
	Medarbejder spørgeskema	(5) Kan medarbejderne se formålet med forløbsmodellen?	I hvilken grad er formålet med at arbejde efter Forløbsmodellen tydeligt for dig?	formaal

Samarbejdsvilkår – organisationsniveau

Samarbejdsvilkår på organisationsniveauet er defineret som: *hvorvidt Forløbsmodellen giver en klar strategi for, hvordan det tværfaglige samarbejde skal udføres*. I RMIC bliver der anvendt 4 items til at undersøge organisationsniveauet (Valentijn 2015:136). I dette studie vil jeg gøre brug af 5 items, der er inspireret af de 4 items i RMIC.

(1) *Kan lederen se formålet med Forløbsmodellen?* Et tydeligt kommunikeret overordnet formål med samarbejdsmodellen fra organisationsniveauet er et vigtig vilkår for, om medarbejderne og lederne tager modellen til sig (Lauritzen et. al. 2017). Hvor mangel på dette kan føre til skepsis blandt både medarbejderne og lederne, hvilket skaber dårlige vilkår for det tværfaglige samarbejde (ibid.).

(2) *Sker der vidensdeling på tværs af enhederne og områderne i kommunen?* I en dansk kontekst er der i studier om rehabiliteringsprojekter fundet, at det er særligt faciliterende, hvis der sker vidensdeling blandt de kommunale enheder (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011). Dette grunder i, at det tit er de samme problematikker de forskellige enheder står med, og det er dermed muligt at lære af hinandens erfaringer.

(3) *Oplever lederen, at der er en merværdi ved at arbejde efter Forløbsmodellen?* I implementeringslitteraturen bliver det tit fremhævet, at fastsatte mål, og tydeliggørelse af mulige gevinster, er vigtige vilkår for at implementeringstiltag lykkedes (Sandström et. al. 2004). Hvor en oplevelse af gevinster ved at arbejde efter samarbejdsmodellen er associeret med velfungerende tværfagligt samarbejde (ibid.). Givet, at den undersøgte setting ikke er i implementeringsfasen mere, fokusere dette item på, hvorvidt lederen stadigvæk oplever en merværdi ved at arbejde ved Forløbsmodellen.

(4) *Bliver udfordringerne der opstår i forbindelse med Forløbsmodellen håndteret i kommunen?* I rehabiliteringslitteraturen er det fremhævet, hvordan der tit opstår problematikker, grundet at overordnede strukturelle samarbejdsmodeller ikke altid kan fuldt ud adapteres til lokale forhold (Ståhl et. al. 2011). Hvorvidt disse udfordringer bliver håndteret, kan herved have en stor indvirkning på medarbejdernes mulighed for at udføre det tværfaglige samarbejde (ibid.).

(5) *Er strukturen i Forløbsmodellen tydelig?* I forlængelse af item 3, så bliver der i implementeringslitteraturen også fremhævet, hvordan at en klar og tydelig kommunikeret struktur på samarbejdsmodellen er et vigtigt vilkår for, at et implementeringstiltag lykkedes (Sandström et. al. 2004). Hvor tilstedeværelsen af dette igen er associeret med velfungerende tværfagligt samarbejde (ibid.).

De 5 overstående items, der udgør samarbejdsvilkår på organisationsniveauet, undersøges ved brug af et lederspørgeskema. Efter indekseringen af de 5 items i lederspørgeskemaet, vil ledernes værdier i indekset overføres til de medarbejdere, der arbejder i den enkelte leders enhed. F.eks. hvis lederen af hjemmeplejen i område 6 har en værdi på 2.3 i indekset, vil medarbejderne i hjemmeplejen i område 6 alle have en værdi på 2.3 i indekset for samarbejdsvilkår – organisationsniveau. Mens de enheder hvor der er mere end én leder, vil medarbejderne få gennemsnittet af ledernes værdier. Dette gøres, da vilkårene på organisationsniveau har de 21 enheder som analyseenhed.

Nedenstående tabel 5 giver et overblik over de 5 items, hvilke undersøgelsesspørgsmål disse items undersøges med og deres variabelnavn.

Tabel 5. Operationalisering af samarbejdsvilkår på organisationsniveauet.

Indeks	Metode	item	Undersøgelsesspørgsmål	Variabel
Samarbejdsvilkår - organisationsniveau	Lederspørgeskema	(1) Kan lederen se formålet med Forløbsmodellen?	I hvilken grad er formålet med at arbejde efter Forløbsmodellen tydeligt for dig?	l_formaal
	Lederspørgeskema	(2) Sker der vidensdeling på tværs af enhederne og områderne i kommunen?	I hvilken grad oplever du, at der sker vidensdeling på tværs af lokalområderne i forhold til at arbejde efter Forløbsmodellens systematik, roller og arbejdsgange?	l_vidensdeling
	Lederspørgeskema	(3) Oplever lederen at der er en merværdi ved at arbejde efter Forløbsmodellen?	I hvilken grad oplever du, at det skaber en merværdi at arbejde efter Forløbsmodellen?	l_gevinster
	Lederspørgeskema	(4) Bliver udfordringerne der opstår i forbindelse med Forløbsmodellen håndteret i kommunen?	I hvilken grad oplever du, at udfordringer ved Forløbsmodellens systematik, roller og arbejdsgange bliver håndteret i Sundhed og Omsorg?	l_udfordringer
	Lederspørgeskema	(5) Er strukturen i Forløbsmodellen tydelig?	I hvilken grad oplever du, at Forløbsmodellens arbejdsgange er tydelige? I hvilken grad oplever du, at det er tydelige, hvilke opgaver og ansvar der knytter sig til rollerne som kontaktperson og forløbsansvarlig?	l_arbejdsgange l_kpftydelig

Kontekstvilkår – professionsniveau

Kontekstvilkår på professionsniveauet er defineret som: *hvorvidt de interne, eksterne, strukturelle og processuelle vilkår på medarbejderniveauet, der ikke direkte er en del af samarbejdsmodellen, har en effekt på det tværfaglige samarbejde.* Til at operationalisere dette, er de kvalitative data blevet analyseret med inspiration fra iCOACH-approachen og RMIC. I denne analyse er der blevet udledt 4 kontekstvilkår på professionsniveauet. Der vil nu redegøres for de 4 items, hvor der vil være en kort opsummering af fundene fra den kvalitative analyse.

(1) *Understøtter den elektroniske patient journal (CURA) det tværfaglige samarbejde?* CURA's kompleksitet og høje dokumentationskrav øger medarbejdernes tidsforbrug på det administrative arbejde, og mindsker tidsforbruget til leveringen af ydelser og det tværfaglige samarbejde, mens CURA's manglende funktioner besværliggør kommunikationen mellem de samarbejdende medarbejdere, hvilket igen indvirker negativt på det tværfaglige samarbejde. Fundet af at den elektroniske patientjournal (EPJ) er et vigtigt kontekstvilkår, er ikke overraskende hvis vi kigger på den eksisterende litteratur. EPJ er fremhævet som et vigtigt vilkår i både RMIC-frameworket og iCOACH-frameworket (Valentijn 2015, Evans. et. al. 2017). Herudover er EPJ som vilkår hyppigt blevet fremhævet i state-of-the-art litteraturen, hvor der bliver henvist til at EPJ'er skal være ensartede, understøttende og let tilgængelig for de samarbejdende medarbejdere (Masso 2014, Moe & Brinchmann 2017).

(2) *Understøtter ledelsen medarbejderne i det tværfaglige samarbejde?* Ledelses understøttelse er med til at strukturere og konkretisere det tværfaglige samarbejde, og samtidigt med til at engagere og motivere medarbejderne i det tværfaglige samarbejde, mens mangel på ledelses understøttelse er medvirkende til at skabe apati blandt medarbejderne, i forhold til det tværfaglige samarbejde. Foruden at være fremhævet i RMIC-frameworket og iCOACH-frameworket, er ledelses understøttelse et udbredt anerkendt vilkår, i både den danske og internationale litteratur (Pedersen 2015, Denis et. al. 2016). I litteraturen er der især fokus på, hvordan synlig ledelse samt ledere med personligt engagement og motivation for det tværfaglige samarbejde, er med til at styrke og forbedre det tværfaglige samarbejde (ibid.).

(3) *Har medarbejderne tillid til hinanden?* Tillid blandt medarbejderne er faciliterende for et altruistisk samarbejde, mens mangel på tillid blandt medarbejderne er medvirkende til tidsspild i form af øget dokumentation. Herudover er mangel på tillid med til at mindske vidensdelingen og koordinationen mellem medarbejderne, da de i mindre grad indgår i sparring og gensidig koordinering med hinanden. Tillid kan desuden forstås, som både værende en tillid mellem faggrupper, og en generel tillid blandt medarbejdere. Foruden at være fremhævet i Axelsson & Axelsson 2009, som et vilkår for at det tværfaglige samarbejde er gensidigt givende, er tillid også et veldokumenteret vilkår i den bredere litteratur

om tværfagligt samarbejde (Das & Teng 1998, De Man & Roijackers 2009). Tillid er dog underbelyst i den danske litteratur om rehabiliteringsprojekter.

(4) *Oplever medarbejderne, at de kan prioritere det tværfaglige samarbejde?* Mangel på ressourcer, strikse besøgsplaner og arbejdets karakter hæmmer medarbejdernes muligheden for at prioritere det tværfaglige samarbejde. Muligheden for at prioritere det tværfaglige samarbejde, kan intuitivt forstås som et åbenlyst vilkår, og det er også blevet beskrevet som dette i den eksisterende litteratur. Af specifikke studier kan der nævnes Kraft et. al. 2014 og Steighaug 2014, hvor begge studier fremhæver at tid til at prioritere det tværfaglige samarbejde, er et essentielt vilkår for at medarbejderne kan indgå i vidensdeling med hinanden, og overlevere information til hinanden.

De 4 overstående items, der udgør kontekstvilkår på professionsniveauet, undersøges ved brug af et medarbejderspørgeskema. De 4 items vil blive indekseret, da de er antaget at være udtryk for det samme aspekt af kontekstvilkår på professionsniveauet, og herved er antaget at have en intern korrelation. Det kan bemærkes, at det senere i studiet vil blive udledt at hvilken faggruppe medarbejderen har, også er et kontekstvilkår på professionsniveau, der har en effekt på medarbejderens oplevelse af det tværfaglige samarbejde. 'faggruppe'-variablen vil *ikke* indekseres med de 4 overstående items, og der vil derfor blive set bort fra denne variabel for nu. Nedenstående tabel 6 giver et overblik over de 4 items, hvilke undersøgelsesspørgsmål disse items undersøges med og deres variabelnavn.

Tabel 6. Operationalisering af kontekstvilkår på professionsniveauet.

Indeks	Metode	Item	Undersøgelsesspørgsmål	Variabel
Kontekstvilkår - professionsniveau	Medarbejder spørgeskema	(1) Understøtte den elektroniske patient journal (CURA) det tværfaglige samarbejde?	I hvilken grad oplever du, at CURA understøtter det tværfaglige samarbejde?	cura
	Medarbejder spørgeskema	(2) Understøtter ledelsen medarbejderne i det tværfaglige samarbejde?	I hvilken grad oplever du, at ledelsen understøtter det tværfaglige samarbejde?	ledelse
	Medarbejder spørgeskema	(3) Har medarbejderne tillid til hinanden?	I hvilken grad har du tillid til, at andre medarbejdere i et borgerforløb varetager deres opgaver?	tillid
	Medarbejder spørgeskema	(4) Oplever medarbejderne, at de kan prioritere det tværfaglige samarbejde?	I hvilken grad har du de nødvendige rammer for at kunne prioritere det tværfaglige samarbejde	prioritet

Kontekstvilkår – organisationsniveau

Kontekstvilkår på organisationsniveauet er defineret som: *hvorvidt de interne, eksterne, strukturelle og processuelle vilkår på organisationsniveauet, der ikke direkte er en del af samarbejdsmodellen, har en effekt på det tværfaglige samarbejde*. Til at operationalisere dette, er de kvalitative data blevet analyseret, ud fra iCOACH-approachen. I denne analyse, er der blevet udledt 5 kontekstvilkår på organisationsniveauet. Item 1-3 vil blive indekseret, mens item 4 og 5 vil undersøges som selvstændige variable. Dette skyldes, at item 4 og 5 er baggrundsoplysninger om enhedstype og områdetype, hvorfor de ikke meningsfuldt kan antages at korrelere med hinanden. Da det senere i analysen vil vise sig at indekset ikke meningsfuldt kan dannes, vil der i nedenstående redegørelse af item 1-3 blot fokuseres på litteraturen der beskriver disse items, mens der i redegørelsen af item 4 og 5 vil være en opsummering af den kvalitative analyse.

(1) *Har medarbejderne kompetencerne til at samarbejde tværfagligt?* Der har, især i den danske litteratur om rehabiliteringsprojekter, været et fokus på, hvordan medarbejdernes kompetencer er et essentielt vilkår for det tværfaglige samarbejde. Tilstrækkelige personalekompetencer omtales blandt andet som en forudsætning for, at der kan etableres velfungerende tværfagligt samarbejde i et rehabiliteringsprojekt (Pedersen 2015). Herudover er der i hvidbogen for rehabilitering i Danmark advokeret for, at kontinuerligt kompetenceudvikling skal være en del af kommunale rehabiliteringsprojekter (MarselisborgCentret 2004).

(2) *Har enheden ressourcerne til at varetage deres opgaver?* Ressourcer er et vilkår, der især er fremhævet i implementeringslitteraturen. Hvor mangel på ressourcer er associeret med utilstrækkeligt personale til at indgå i det tværfaglige samarbejde, og udfordringer i forhold til overhovedet at arbejde efter samarbejdsmodellen (Masso 2014, Moe & Brinchmann 2017). Mens tilstrækkelige ressourcer er associeret med et øget råderum til at indgå i det tværfaglige samarbejde, og øget engagement og vilje til at *ville* indgå i det tværfaglige samarbejde (Birkeland et. al. 2017).

(3) *Hvor stor er omsætningen af personale i enheden?* Personaleomsætning synes at være et mere underbelyst vilkår i litteraturen. Et studie der fremhæver problematikken ved personaleomsætning, er Axelsson & Axelsson (Axelsson & Axelsson 2009). De henviser til, at i rehabiliteringsprojekter, hvor der har været stor personaleomsætning, har der været en mangel på kontinuitet mellem samarbejdspartnerne, hvilket er hæmmende for det tværfaglige samarbejde (ibid.).

(4) *Hvilken type af organisering har enheden?* Det at samarbejdspartnerne sidder på samme lokation er et faciliterende vilkår for det tværfaglige samarbejde, da det øger muligheden for uformel og relationel koordinering mellem medarbejderne. Vilkåret kan dermed forstås i relation til teori om geografisk

proximity og distributed collaboration (Lee et. al. 2010, Madsen & Burau 2018). Vilkåret vil undersøges som en forskel i organiseringen af det tværfaglige samarbejde, hvor sundhedsenheden/hjemmeplejen har én type af organisering der er præget af distributed collaboration (fysisk adskillelse), mens plejehjemmene har en anden type af organisering der er præget af geografisk proximity (fysisk nærhed). Denne antagelse af, at plejehjemmene har bedre vilkår fordi de fysisk sidder samme sted, er desuden veldokumenteret i state-of-the-art litteraturen. I både den nationale og internationale litteratur om rehabiliteringsprojekter er det blevet udledt, at de samarbejdspartnere, der sidder ”under samme tag”, etablerer et bedre tværfagligt samarbejde, end de samarbejdspartnere der ikke gør dette (Duner 2013, Lauritzen et. al. 2017).

(5) Hvilken type af omgivelser har enheden? Det at et område er geografisk stort, er et hæmmende vilkår for det tværfaglige samarbejde, da det mindsker muligheden for at udføre uformel og formel koordination mellem medarbejderne, grundet længere kørselstid og længere afstand mellem samarbejdspartnere for sundhedsenheden/hjemmeplejen. Vilkåret kan herved ligeledes forstås i relation til teori om geografisk proximity og distributed collaboration (Lee. et. al. 2010, Madsen & Burau 2018). Vilkåret vil undersøges som en forskel mellem de geografiske store områder (landområderne) og geografiske små områder (byområderne). Det kan bemærkes, at udledningerne i forhold til dette vilkår er specifikt møntet på det tværfaglige samarbejde mellem sundhedsenheden og hjemmeplejen, da plejehjemmene ikke er påvirket af områdets geografiske størrelse (givet det tværfaglige samarbejde foregår internt på plejehjemmet).

Item 1, 2 og 3, undersøges ved brug af et lederspørgeskema, mens item 4 og 5 undersøges ved brug af et medarbejderspørgeskema. Efter indekseringen af item 1, 2 og 3, vil ledernes værdier i indekset overføres til de medarbejdere, der arbejder i den enkelte leders enhed – ligesom ved samarbejdsvilkår – organisationsniveau. Nedenstående tabel 7 giver et overblik over de 5 items, der bruges til at undersøge kontekstvilkår på organisationsniveauet, hvilke undersøgelsesspørgsmål disse items undersøges med og deres variabelnavn.

Tabel 7. Operationalisering af kontekstvilkår på organisationsniveauet.

Indeks	Metode	Item	Undersøgelsesspørgsmål	Variabel
Kontekstvilkår - organisationsniveau	Leder spørgeskema	(1) Har medarbejderne kompetencerne til at samarbejde tværfagligt?	I hvilken grad oplever du, at dine medarbejdere har kompetencerne til at deltage i tværfagligt samarbejde?	l_kompetencer
	Leder spørgeskema	(2) Har enheden ressourcerne til at varetage deres opgaver?	I hvilken grad oplever du, at der er sammenhæng mellem personaleressourcer og opgaver i dit team/enhed?	l_ressourcer
	Leder spørgeskema	(3) Hvor stor er omsætningen af personale i enheden?	Hvor stor har personaleomsætningen cirka været i din enhed, indenfor det sidste halve år?	l_personale
Organiseringstype	Medarbejder spørgeskema	(4) Hvilken type af organisering har enheden?	Hvilken enhed er du ansat i?	organiseringstype
Geografitype	Medarbejder spørgeskema	(5) Hvilken type af omgivelser har enheden?	Hvilket område er du ansat i?	geografitype

Måle-skalaen for item 3 er: (1) hvis = ”over 30%”, (2) hvis ”mellem 20 og 30%”, (3) hvis ”mellem 10 og 20%” og (4) hvis ”under 10%”. Måle-skalaen er valgt efter sparring med medarbejdere, fra den undersøgte setting. Måle-skalaen for item 4 er: (0) hvis medarbejderen arbejder i sundhedsenheden/hjemmeplejen og (1) hvis medarbejderen arbejder på et plejehjem. Måle-skalaen for item 5 er: (0) hvis medarbejderen arbejder i et landområde og (1) hvis medarbejderen arbejder i et byområde.

Andre variable

Der er gjort brug af baggrundsspørgsmål i medarbejder- og lederspørgeskemaerne for at få viden om faggruppe, enhed og område, således der i analysen kan kontrolleres for dette. Herudover, for at indhente data om outcome-variablen, er der blevet spurgt ind til medarbejdernes erfaringer med det tværfaglige samarbejde. Der er dermed 3 kontrolvariable, og ét item i forhold til outcome-variablen. Baggrundsspørgsmålene er målt med lukkede svarkategorier, hvor de kunne angive deres enhed/område/faggruppe. Outcome-variablen er målt på en skala fra 1-10. Nedenstående tabel 8 giver et overblik:

Tabel 8. Operationalisering af baggrundsspørgsmål og outcome-variablen.

Hvad der undersøges	Metode	Baggrundsspørgsmål	Undersøgelsesspørgsmål
Baggrunds-spørgsmål	Medarbejder spørgeskema	Hvilket område de tilhører	Hvilken faggruppe tilhører du?
	Medarbejder spørgeskema	Hvilken enhed de tilhører	Hvilken enhed er du ansat i?
	Medarbejder spørgeskema	Hvilken faggruppe de tilhører	Hvilket område er du ansat i?
Baggrunds-spørgsmål	Leder spørgeskema	Hvilket område tilhører de	I hvilken enhed er du leder/forstander?
	Leder spørgeskema	Hvilken enhed tilhører de	Hvilket område er du ansat i?
Outcome-variable	Medarbejder spørgeskema	Medarbejderens erfaring med det tværfaglige samarbejde	Vurder på en skala fra 1-10 hvor succesfuldt du oplever, at det tværfaglige samarbejde i borgerforløb generelt er. 10 er mest succesfuldt og 1 er mindst succesfuldt.

Opsamling af operationalisering

Som opsamling på operationaliseringen følger herunder en variabeloversigt, og en figur af den teoretiserede analysemodel. Variabeloversigten indeholder en oversigt over de variable der bruges i analysen. Disse variable er opdelt i henholdsvis indeks, dummyvariable og kontrolvariable:

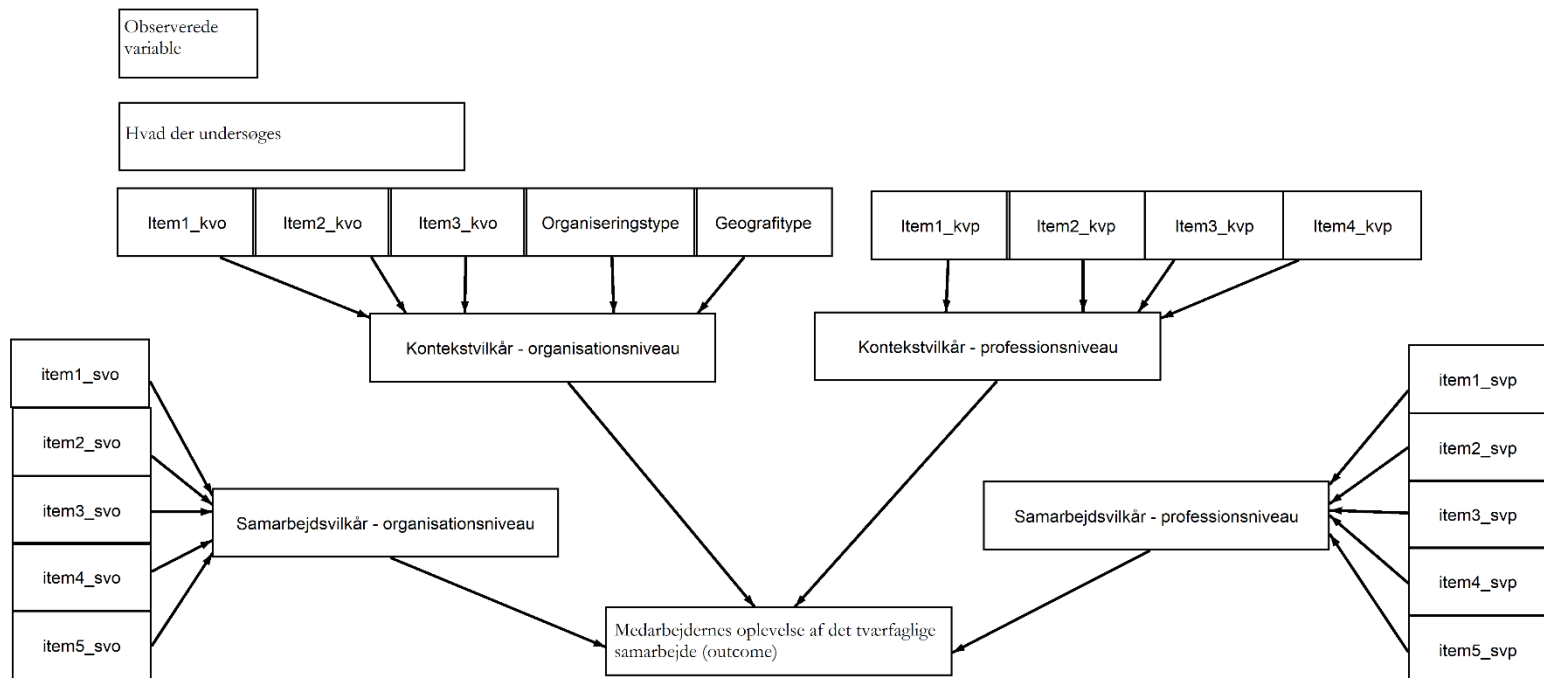
Tabel 9. Variabeloversigt.

Indeks	Dummyvariable	Kontrolvariable
SV-P (samarbejdsvilkår – professionsniveau)	Organiseringstype	Enhed
KV-P (kontekstsvilkår – professionsniveau)	Geografitype	Område
SV-O (samarbejdsvilkår – organisationsniveau)	Faggruppetype*	Faggruppe
KV-O (kontekstsvilkår – organisationsniveau)		

*Dummy-variablen 'faggruppetype' vil blive udledt i den deskriptive analyse.

Analysemodellen er en visuel opsummering på operationaliseringen og giver et overblik over hvilke variable, der indgår i analysen, samt hvad der undersøges. Analysemodellen kan forstås som den operationaliseret version af det analytiske framework (jf. figur 2), og analysemodellen er herved hvordan vilkårene vil *undersøges* i studiet.

Figur 3. Analysemodellen uden kausalsammenhænge.



Analysemodellen vil blive modificeret i kapitel 8, hvor der undersøges kausalsammenhænge mellem vilkårene.

4.4. Analysemetoder

Analyse af interview- og observationsdata

Den kvalitative analyse startet ved, at kode samtlige interviewtransskriberinger og feltnoter i Nvivo (Kvale & Brinkmann 2009:224). Der blev i denne tematiske kodning gjort brug af orienterende begreber fra iCOACH-approachen (Evans et. al. 2017). Nedenstående figur viser disse orienterende begreber:

Figur 4. Oversigt over orienterende begreber fra iCOACH.



(Evans et. al. 2017)

Da de orienterende begreber fra iCOACH-approachen udelukkende fokuserer på organisationsniveau vilkår, gik jeg ligeledes eksplorativt til data for at udlede underkoder til professionsniveau vilkårene, hvor jeg var informeret af den forudgående nationale- og internationale litteratursøgning samt RMIC. Selve kodningsprocessen var herved en vekselvirkning mellem gentagen deduktion og induktion (retroduktion), hvor jeg anvendte min teoretiske viden til at fokusere på, hvad jeg kiggede efter, men samtidigt var åben for at blive inspireret af de empiriske fund (Layder 1998:134). I den videre analyseproces gennemgik jeg koderne, hvor formålet var at udlede de *vigtigste* kontekstvilkår på professions- og organisationsniveauet. Denne proces indebar, at jeg via min forstående erkendelsesinteresse tog stilling til, hvilke vilkår der blev nævnt hyppigst og fremstod som de mest presserende, når de blev nævnt i data. Ud fra kodningerne og analysen af dem, blev der udledt 4 temaer i forhold til kontekstvilkår på professionsniveauet, og 5 temaer i forhold til kontekstvilkår på organisationsniveauet. Temaerne bliver beskrevet i kapitel 5, hvor der bruges citater fra data til at understøtte validiteten af resultaterne (ibid.:234).

Der vil nu redegøres for de analysemetoder der er blevet anvendt i den kvantitative analyse.

Chronbach's alpha

I studiet anvender jeg Chronbach's alpha til at måle den interne reliabilitet i de 4 konstruerede indeks. Ud fra Chronbach's alpha fås en koefficient mellem 0 og 1, hvor koefficienten er et udtryk for, hvor reliabil den konstruerede variabel er. Som udgangspunkt er det acceptabel med en Chronbach's alpha > 0.7 , men der burde bestræbes på at have en Chronbach's alpha > 0.8 (Gliem & Gliem 2003). Herudover giver Chronbach's alpha os samtidigt en værdi for hver item, der fortæller os, hvor godt et givet item korrelerer med de andre items i indekset. Denne interne korrelation har ligeledes en værdi på 0-1, hvor >0.3 er acceptabelt. (ibid.)

Da Chronbachs alpha ikke fortæller os om den interne korrelation skyldes én faktor eller flere faktorer, vil der desuden blive brugt faktoranalyse til at undersøge indeksenes reliabilitet og validitet. Indeksene opfattes *ikke* som faktorer i dette studie, hvorfor faktoranalysen blot skal forstås som et instrument til at inspicere indeksene.

Konfirmativ faktoranalyse (CFA)

Jeg har valgt at bruge konfirmativ faktoranalyse fremfor eksplorativ faktoranalyse, da variablene, der skal indekseres, er teoretisk udledte – og herved bestemt a priori. Formålet er dermed at undersøge, om det giver mening at sammensætte de a priori valgte variable i de respektive indeks, fremfor at undersøge hvilke variable der skal indgå i hvilke indeks. Der vil anvendes Structural Equation Modeling (SEM) med maximum likelihood (ML) til at foretage CFA'erne.

Logikken i CFA er, at der estimeres en hypoteserede populations co-varians matrix, som der sammenlignes med den faktiske observeret co-varians matrix (Schreiber et. al. 2010). Outputtet af denne sammenligning fortæller os, hvor godt vores hypoteserede faktor passer med vores sample, og dermed om vores teori er empirisk understøttet. For at vurdere sammenligningen, og herved hvor *fit* vores hypoteserede model er i forhold til samplet, vil følgende test bruges: χ^2 , Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (FTI).

χ^2 er en test med h^0 -hypotesen, at den hypoteserede model og den *saturated* (forstået som ideelle) model er ens. En signifikant p-værdi betyder, at de to modeller er forskellige – hvilket vil være en indikator på at vores model *ikke* er fit med samplet. Der er dog konsensus i litteraturen om, at " χ^2/df " blot skal være under 3, hvorfor signifikansniveauet som udgangspunkt ikke bruges som mål for, hvor fit den hypoteserede model er (Kline 2005). *RMSEA* sammenligner den hypoteserede model med optimale parameter estimerer med populations co-varians matrixen. *RMSEA* har en værdi mellem 0-1, hvor lavere værdier indikerer et bedre fit. En *RMSEA*-værdi under 0.1 anses som værende acceptabelt (ibid.). *CFI* og

TLI tester den hypoteserede model med den *værst mulige* model. CFI og TLI har som regel en værdi mellem 0-1, hvor jo højere værdier indikerer et bedre fit. TLI- og CFI-værdier over 0.95 anses som værende acceptabelt (ibid.).

Herudover viser outputtet fra CFA hver observerede variabels effekt på den hypoteserede faktor ud fra de observerede variabels *factor loading*. For at modellen giver mening, skal alle de observerede variable have en signifikant factor loading på deres respektive faktor (ibid.).

Lineær regression (OLS, MLE) & Path analysis

I analysen gøres brug af OLS og path analysis. Path analysis kan forstås som multipel regression, der tager højde for kausalitetsforhold mellem de uafhængige variable. Der gøres herved brug af de samme grundlæggende antagelser i path analysis, som der er i OLS (de Vaus 2014:328).

Grundantagelserne i OLS er (ibid.:325): (1) Observationer er uafhængige (2) Der er et lineært forhold mellem den/de uafhængige variable og den afhængige variable (3) Der eksisterer ikke heteroskedasticitet (4) Der eksisterer ikke multikollinearitet (5) Der er ikke signifikante outliers, der skævvrider data (6). Data er som minimum intervalskaleret (eller dummy-variable). Data er blevet inspiceret for at tjekke om, grundantagelserne er opfyldt. Ud fra den udførte inspektion og de udførte tests synes kun én af antagelserne at være presserende: multikollinearitet. Multikollinearitet blev undersøgt ved at teste modellerne med Variance Inflation Factor (VIF), og undersøge korrelationsmatrixerne fra regressionerne. I dette studie anses en VIF-værdi over 3, og en parvis-korrelation over 0.7, som værende bekymrende (O'Brien 2007, Dormann et. al. 2013). Diskussionen af multikollinearitet vil ske i forlængelse af fundet i analysen.

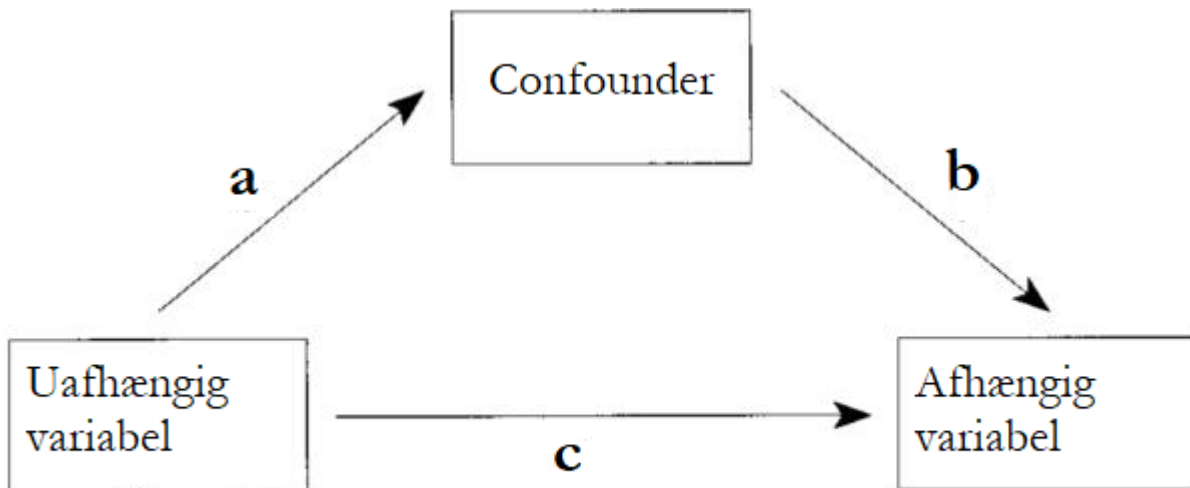
For at undersøge kausalitetsforholdet mellem vilkårene, vil der bruges path analysis. For at visualisere hvorfor der bruges path analysis til at undersøge dette, kan et par figurer hjælpe. Nedenstående figur viser kausalsammenhængen mellem en uafhængig og en afhængig variabel:

Figur 5. Figur af direkte sammenhæng.



I denne model er kausalsammenhængen lige til: der er en direkte effekt mellem den uafhængige variabel (x) og den afhængige variabel (y). Men lad os antage, at en variabel (z) kan forklare noget af denne sammenhæng:

Figur 6. Figur af indirekte sammenhæng via confounder.



Almindelig multiple regressionsanalyse kan ikke analysere disse kausale sammenhænge, men det kan path analysis. I path analysis kan man undersøge den direkte (c), indirekte ($a*b$) og totale effekt ($c+a*b$) en uafhængig variabel har på en afhængige variabel (ibid.:328). I figur 6 kan vi se at variabel (z) er en *confounder*. Hvor confounder betyder, at den uafhængige variabel har en indirekte effekt ($a*b$) på den afhængige variabel, som der går igennem confounder-variablen (Mackinnon et. al. 2010).

Der vil i path analysis gøres brug af Maximum Likelihood Estimation (MLE), og ikke OLS. Hvor forskellen mellem MLE og OLS består i, at OLS approksimerer de ukendte parametre i den lineære regression, mens MLE estimerer parametre for en hypotetisk model, for så at tilpasse denne model til de observerede data (som i CFA).

Variansanalyse med ANOVA

ANOVA har h_0 -hypotesen, at alle grupperne i en uafhængig variabel har det samme gennemsnit i forhold til en afhængig variabel (Sønderskov 2014:148). ANOVA vil bruges til at undersøge gyldigheden af de 3 dannede dummy-variable (organiseringstype, geografitype og faggruppetype). Givet h_0 -hypotesen, vil en signifikant p-værdi fra ANOVA-testen indikere, at vores dummy-variabel er gyldig, og vi kan fortsætte med den i analysen.

Efter at have redegjort for, og diskuteret, første del af problemformuleringen (hvordan vilkår for tværfagligt samarbejde kan forstås og undersøges), vil fokus nu blive vendt mod studiets analyse og herved besvarelsen af problemformuleringens anden del (hvilken effekt vilkårene har på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde).

Kapitel 5 - Kvalitativ analyse af de vigtigste kontekstvilkår

Kapitlet er vedlagt som appendix. Kapitlet kan med fordel læses for at få et indblik i, hvordan kontekstvilkårene er blevet udledt, og hvilke årsagsmekanismer der er mellem vilkårene og det tværfaglige samarbejde, men kan springes over uden meningsstab i forhold de efterfølgende analyser. For at få et overblik over udledningerne fra den kvalitative analyse, der bringes videre i den kvantitative analyse, kan der desuden refereres tilbage til operationaliseringen (afsnit 4.3), hvor der er en opsummering af den kvalitative analyse, i forhold til hvert udledte kontekstvilkår.

Den kvantitative analyse vil nu påbegyndes med en analyse af indeksene, og en deskriptiv analyse af de kvantitative data.

Kapitel 6 - Analyse af indeksene & deskriptiv analyse

Kapitlet er struktureret således at der først vil være en analyse af indeksene, hvorefter der vil være en deskriptiv analyse.

Jeg vil i analysen gøre brug af forkortelser. Dette gøres for at kunne skelne mellem de fire anvendte indeks for vilkårstyperne, og den overordnede teoretiske forståelse af vilkårene. Når der refereres til "samarbejdsvilkår på professionsniveau", er det den teoretiske forståelse af denne vilkårstype, mens når der refereres til "SV-P" er det *indekset* for samarbejdsvilkårene på professionsniveau, der omtales. Dette vil ligeledes være tilfældet for de tre andre vilkårstyper, hvor indekset for samarbejdsvilkår på organisationsniveau forkortes til "SV-O", indekset for kontekstvilkår på professionsniveau forkortes til "KV-P", og indekset for kontekstvilkår på organisationsniveau forkortes til "KV-O".

6.1. Analyse af indeksene

Test af intern reliabilitet med Chronbach's alpha

Nedenstående tabel 10 giver et overblik over resultaterne fra Chronbach's alpha testene af både de sammensatte items, og indeksene. De enkelte items er blevet standardiserede, og de endelige indeks har en variationsbredde på 1-5. For at se hvilke undersøgelsesspørgsmål, der er tilknyttet til variablene, kan der refereres tilbage til tabel 4, 5, 6 og 7.

Tabel 10. Analyse af den interne reliabilitet i indeksene og de sammensatte items.

Indeks	Item	Variabel	Alpha for item	AIC	Alpha
SV-P	Item 1_svp	kp	0.86**	0.53	0.82
		fa			
		opgaverselv			
	Item 2_svp	opgaverandre	-	0.55	0.83
		aftaler			
	Item 3_svp	enighedborger	0.82**	0.59	0.85
		arbejderborger			
SV-O	Item 4_svp	kpfa	0.72*	0.55	0.83
		bk			
	Item 5_svp	formaal	-	0.62	0.87
	Indeks	prof_sv	-	0.57	0.87**
	Item 1_svo	l_formaal	-	0.46	0.77
	Item 2_svo	l_vidensdeling	-	0.45	0.76
	Item 3_svo	l_gevinster	-	0.36	0.69
KV-P	Item 4_svo	l_udfordringer	-	0.46	0.77
		l_arbejdsgange			
	Item 5_svo	l_kpfatydelig	0.86**	0.39	0.72
	Indeks	org_sv	-	0.42	0.79*
	Item 1_kvp	cura	-	0.50	0.75
	Item 2_kvp	ledelse	-	0.45	0.71
	Item 3_kvp	tillid	-	0.46	0.71
KV-O	Item 4_kvp	prioritet	-	0.44	0.70
		prof_kv			
	Item 1_kvo	l_kompetencer	-	0.23	0.37
	Item 2_kvo	l_ressourcer	-	-0.01	-
	Item 3_kvo	l_personale	-	0.09	0.16
		org_kv			
	Indeks	org_kv	-	0.10	0.26

*Acceptabel Chronbach's alpha > 0.7. **God Chronbach's alpha > 0.8. Note: SV-P & KV-P har 498 observationer (medarbejderne), mens SV-O har 27 observationer (lederne). Alpha for item=Chronbach's Alpha for de indekseret items. AIC=Average Interim Correlation. Alpha=Chronbach's Alpha.

Af tabel 10 fremgår det, at både indeksene og de sammensatte items har en acceptabelt intern reliabilitet (Alpha>0.7), bortset fra KV-O. Herudover fremgår det, at items i de 3 første indeks har en acceptabel gennemsnittelig korrelation med de andre items i det givne indeks (AIC>0.3) – men igen er dette ikke tilfældet for KV-O. For at undersøge hvorfor KV-O har en dårlig intern reliabilitet, kan vi kigge nærmere på de 3 items i indekset:

Tabel 11. Frekvensfordelinger af de 3 items i KV-O.

Item	Kategori	Procentandel (%)	Respondent antal (n)
Item 1: I hvilken grad oplever du, at dine medarbejdere har kompetencerne til at deltage i tværfagligt samarbejde?	I meget høj grad	11.1	3
	I høj grad	74.1	20
	I nogen grad	11.1	3
	I lav grad	0	0
	I meget lav grad	3.7	1
	Total	100	27
Item 2: I hvilken grad oplever du, at der er sammenhæng mellem personaleressourcer og opgaver i dit team/enhed?	I meget høj grad	3.7	1
	I høj grad	7.4	2
	I nogen grad	63.0	17
	I lav grad	18.5	5
	I meget lav grad	7.4	2
	Total	100	27
Item 3: Hvor stor har personaleomsætningen cirka været i din enhed, indenfor det sidste halve år?	Under 10%	55.6	15
	Mellem 10% og 20%	29.6	8
	Mellem 20% og 30%	11.1	3
	Over 30%	3.7	1
	Total	100	27

Af tabel 11 fremgår det, at alle 3 items har én kategori der er overrepræsenteret. I forhold til grupperingen af data kunne en udledning være, at de mål, jeg har brugt til at undersøge de 3 items, har været for unuanceret, og data herved grupperer sig *unaturligt*. En anden udledning kunne være, at data grupperer sig *naturligt*, fordi Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune er en homogen organisation, og der derved ikke er variation i de 3 items.

I forhold til den manglende interne reliabilitet i indekset kunne en udledning være, at det jeg prøver at indeksere, ikke meningsfuldt *kan* indekseres i et refleksivt indeks. Spørgsmålet er her, om det er en konceptuelt meningsfuld antagelse, at ressourcer, kompetencer og personaleomsætning korrelerer med hinanden. I operationaliseringen har jeg antaget, at dette er tilfældet – men det er værd at overveje, om indekset for kontekstvilkår på organisationsniveauet er konceptuelt forskelligt fra de tre andre indekser. Forstået som, at indekset for kontekstvilkår på organisationsniveau måske snarere skal konceptualiseres som et formativt indeks, fremfor et refleksivt indeks (Sønderskov 2014:298). Dette vil bryde med den teoretiske antagelse af, at der kan dannes et refleksivt indeks for kontekstvilkår på organisationsniveau, men være i overensstemmelse med den tidligere argumentation for, hvorfor organiseringsstype og geografitype ikke skulle indgå i indekset – nemlig at de ikke konceptuelt kunne forventes at korrelerer med hinanden (jf. afsnit 4.3). Hvorvidt den manglende interne reliabilitet i indekset er en konsekvens af den anvendte undersøgelsesmetode, eller at kontekstvilkårene på organisationsniveau er konceptuelt

forskellige fra de andre vilkårstyper, kan ikke udledes fra resultaterne, men vil være genstand for diskussion senere i studiet.

Med manglen på intern reliabilitet blandt de tre items i KV-O, er det herved ikke meningsfuldt at danne det reflektive indeks. Det kan bemærkes, at et formativt indeks er blevet dannet og testet, men med grupperingerne i de tre items har det ikke været meningsfuldt at bruge dette indeks i de videre analyser (irrelevant om det er unaturlige eller naturlige grupperinger). Der vil derfor udelukkende gøres brug af organiseringsstype og geografitype i den videre analyse, til at indfange kontekstvilkårene på organisationsniveau. Hvis vi ser bort fra KV-O for nu, så har vi ud fra Chronbach's alpha-testene indikatorer på, at det giver mening at danne tre af indeksene.

Konfirmativ faktoranalyse (CFA)

Resultaterne fra de tre konfirmative faktoranalyser er præsenterede i nedenstående tabel 12:

Tabel 12. CFA af de 3 indeks.

Variabel	X ² /df	RMSEA	CFI	TLI
SV-P	2.26*	0.058*	0.976*	0.952*
KV-P	1.18*	0.019*	0.999*	0.998*
SV-O	0.12*	0.000*	1.000*	1.203*

*Angiver en acceptabel test-værdi. Noter: Alle items har en signifikant factor loading i forhold til deres respektive indeks. X²=Chi2. df=frihedsgrader; RMSEA=Root mean squared error of approximation. CFI=Comparative fit index. TLI=Tucker-Lewis index. SV-P & KV-P har 498 observationer (medarbejderne), mens SV-O har 27 observationer (lederne).

Resultaterne der fremgår af tabel 12 giver et indblik i, hvorvidt én faktor kan forklare variansen i de respektive items, i hver af indeksene. Resultaterne viser, at dette er tilfældet for alle tre indekser. Indeksene har en RMSEA-værdi under 0.1, CFI- og TLI-værdi over 0.95 samt en (x²/df)-værdi under 3. Vi kan dermed konkludere, at de tre hypoteserede modeller, vi har lavet i CFA af disse tre indeks, har et godt *fit* i forhold til vores sample. Ud fra Chronbachs alpha testene og CFA'erne har vi dermed grundlag for at kunne sige, at reliabiliteten og validiteten af SV-P, KV-P og SV-O er gode.

Som redegjort for (jf. afsnit 4.3), så er værdierne i variabelen for SV-O blevet givet til medarbejderne, som lederne er ledere af. Det kan nævnes her, at gyldigheden af denne metode (ændring af analyseenhed fra individ til gruppe) normalt kan undersøges ved hjælp af ANOVA-tests, men da der som udgangspunkt kun er 1 leder af hver enhed, er det ikke meningsfuldt at foretage en variansanalyse. I stedet er der foretaget en regressionsanalyse for at se på forskellen i parameterestimerne mellem lederne, i forhold til variabelen. Denne regressionsanalyse viste, at der var signifikante forskelle mellem ledernes besvarelser (bilag 3 - figur 1). Dette indikerer, at ledernes besvarelser er forskellige fra enhed til enhed, og vi herved meningsfuldt kan videregive ledernes værdier til medarbejderne i deres enkelte enheder.

6.2. Deskriptiv analyse

Frekvensfordelinger af kontrolvariable

Samplet i dette studie består af 498 medarbejdere og 27 ledere. Nedenstående tabel viser frekvensfordelingerne af baggrundsoplysningerne om medarbejderne.

Tabel 13. Baggrundsoplysninger om medarbejderrespondenterne.

Variabel	Kategori	Procentandel (%)	Respondent antal (n)
Faggruppe	Social- og Sundhedshjælper	31.7%	158
	Social- og Sundhedsassistent	18.1%	90
	Sygeplejerske	18.5%	92
	Fysioterapeut	9.4%	47
	Ergoterapeut	9.2%	46
	Borgerkonsulent	6.0%	30
	Ressourcekoordinator	2.8%	14
	Andet*	4.2%	21
	Total	100%	498
Område	Område 1	11.5%	57
	Område 2	15.3%	76
	Område 3	13.1%	65
	Område 4	15.7%	78
	Område 5	18.7%	93
	Område 6	10.6%	53
	Område 7	15.3%	76
	Total	100%	498
Enhed	Hjemmepleje	35.3%	176
	Sundhedsenhed	38.6%	192
	Plejehjem	26.1%	130
	Total	100%	498

*Denne kategori består primært af pædagoger, aktivitetsmedarbejdere, ufaglærte og diætister

Det har ikke været muligt at indhente data om frekvensfordelingerne for den faktiske undersøgte population, men det kan antages, at det procentvise antal af syge- og sundhedspersonale i forhold til SOSU'er er større i vores sample, end det er i den faktiske population. Denne antaget skævvridning skyldes, at der kun er medtaget ét hjemmeplejeteam og ét plejehjem per område, mens sundhedsenheden fra alle 7 områder er medtaget. Og da én sundhedsenhed har flere medarbejdere end ét hjemmeplejeteam eller ét plejehjem, og sundhedsenheden primært består af syge- og sundhedspersonale, kan der formodes en skævvridning i samplet, i forhold til den faktiske population.

Nedenstående tabel viser frekvensfordelingerne af baggrundsoplysningerne om lederne.

Tabel 14. Baggrundsoplysninger om lederrespondenter.

Variabel	Kategori	Procentandel (%)	Respondent antal (n)
Område	Område 1	14.8%	4
	Område 2	14.8%	4
	Område 3	11.1%	3
	Område 4	14.8%	4
	Område 5	18.5%	5
	Område 6	11.1%	3
	Område 7	14.8%	4
	Total	100%	27
Enhed	Hjemmepleje	29.6%	8
	Sundhedsenhed	48.2%	13
	Plejehjem	22.2%	6
	Total	100%	27

Note: Lederen fra hjemmeplejen i område 3 og lederen fra plejehjemmet i område 6 har ikke besvaret spørgeskemaet.

Sundhedsenhederne har 2 ledere, hvilket forklarer, hvorfor der er flere lederbesvarelser fra sundhedsenheden. Lederen fra hjemmeplejen i område 3, og lederen fra plejehjemmet i område 6, har ikke besvaret spørgeskemaet. Dette betyder, at medarbejderne i hjemmeplejen i område 3, og medarbejderne på plejehjemmet i område 6, ikke har en værdi for SV-O. Konsekvensen af dette er, at når SV-O indgår i den videre analyse vil der være 477 observationer, i stedet for 498.

Indeksene & outcome-variablen

I nedenstående tabel er resultaterne fra den deskriptive analyse af indeksene og outcome-variablen vist:

Tabel 15. Deskriptiv analyse af indeksene og outcome-variablen.

Variabel	Gennemsnit	Standard		Min. værdi	Max. værdi	n
		afvigelse				
SV-P	3.36	0.70		1	5	497
SV-O	3.32	0.72		1	5	477
KV-P	3.28	0.93		1	5	498
Outcome	6.54	2.05		1	10	498

Da jeg i dette studie anvender modificerede og nye items til at måle vilkårstyperne, er der ikke et sammenligningsgrundlag. Hvis vi blot ser på dette studiets resultater, kan vi udlede, at medarbejderne og lederne oplever vilkårene for det tværfaglige samarbejde i Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune som værende lidt over middel (da 3 er middelværdien i indeksene). Derudover oplever medarbejderne det tværfaglige samarbejde, som værende lidt over middelmådt (da 5,5 er middelværdien i outcome-variablen).

Områder & udledning af geografitype

I nedenstående tabel er resultaterne fra den deskriptive analyse af outcome-variablen, i forhold til områderne, vist:

Tabel 16. Deskriptiv analyse af outcome-variablen, i forhold til område (n=498).

Område	Outcome	
	Mean	Std. Dev.
Område 1 (n=57)	6.86	1.90
Område 2 (n=76)	7.20	1.62
Område 3 (n=65)	6.52	2.05
Område 4 (n=78)	6.21	2.14
Område 5 (n=93)	6.71	1.82
Område 6 (n=53)	5.36	2.18
Område 7 (n=76)	6.59	2.28
Total (n=498)	6.54	2.05

Noter: Mean=gennemsnit. Std. Dev.=standard afvigelse

For at undersøge forskellen mellem områderne nærmere, og teste om forskellene er signifikante, kan vi gøre brug af vores distinktion mellem by- og landområder. Område 4, 5 og 6 er landområder, mens område 1, 2, 3 og 7 er byområder.

Tabel 17. Deskriptiv analyse & ANOVA af outcome-variablen, i forhold til geografitype (n=498).

Geografitype	Outcome	
	Mean	Std. Dev.
Landområder (n=224)	6.17	2.09
Byområder (n=274)	6.80	1.99
Total (n=498)	6.54	2.05

ANOVA	P	Prob > P
Test af forskel mellem grupper	10.26	0.001**
Test for heteroskedasticitet	0.52	0.470

**p ≤ .01 Noter: Mean=gennemsnit. Std. Dev.=standard afvigelse. Testen af forskellen mellem grupperne er en F-test, men der er her brugt P til at angive værdierne fra testen, for forståelsens skyld.

Af resultaterne fremgår det, at der er en forskel mellem geografityperne, mens resultaterne fra ANOVA-testen viser, at denne forskel er signifikant. Men hvis vi kigger på tabel 16 igen, kan vi se at område 6 (landområde) og område 2 (byområde) formentlig forklare størstedelen af denne forskel mellem geografityperne – og er med til at gøre ANOVA-testen signifikant. Mens forskellen mellem de andre land- og byområder ikke synes at være ligeså store. Det er herved værd at overveje, om den store forskel

mellem område 6 og område 2 skyldes, at de er henholdsvis land- og byområder - eller om det kan forklares af noget andet. Med den teoretiske antagelse om forskel mellem land- og byområder, og det kvalitative fund af forskel mellem land- og byområder, vil den signifikante forskel tolkes som værende grundet dette.

Enheder & udledning af organiseringsstype

I nedenstående tabel er resultaterne fra den deskriptive analyse af outcome-variablen, i forhold til enhederne, vist:

Tabel 18. Deskriptiv analyse af outcome-variablen, i forhold til enhed (n=498).

Enhed	Outcome	
	Mean	Std. Dev.
Hjemmepleje (n=176)	6.66	1.86
Sundhedsenhed (n=192)	5.56	2.00
Plejehjem (n=130)	7.82	1.55
Total (n=498)	6.54	2.05

Noter: Mean=gennemsnit. Std. Dev.=standard afvigelse

Det fremgår af tabel 18, at enheden, medarbejderen kommer fra, tilsyneladende har en markant betydning for outcome-variablen. Den store forskel mellem hjemmeplejen og sundhedsenheden indikerer umiddelbart, at det *ikke* giver mening at danne dummy-variablen for organiseringsstype (hvor sundhedsenheden og hjemmeplejen bliver lagt sammen). Men som det vil fremgå af den næstfølgende deskriptive analyse af faggrupperne, skyldes denne forskel mellem sundhedsenheden og hjemmeplejen, at sundhedsenheden primært består af syge- og sundhedspersonale, mens hjemmeplejen primært består af social- og sundhedspersonale. Når der er kontrolleret for faggrupper, er der ingen signifikant forskel mellem sundhedsenheden og hjemmeplejen, mens der er en signifikant forskel mellem sundhedsenheden og plejehjem samt hjemmeplejen og plejehjem (bilag 3 - figur 2, 3 og 4.). Det er dermed meningsfuldt at danne dummy-variablen for organiseringsstype.

Tabel 19. Deskriptiv analyse & ANOVA af outcome-variablen, i forhold til organiseringstype (n=498).

Organiseringstype	Outcome	
	Mean	Std. Dev.
Hjemmepleje & Sundhedsenhed (n=368)	6.08	2.01
Plejehjem (n=130)	7.82	1.55
Total (n=498)	6.54	2.05
ANOVA	P	Prob > P
Test af forskel mellem grupper	79.60	0.000**
Test for heteroskedasticitet	11.86	0.001**

**p ≤ .01 Noter: Mean=gennemsnit. Std. Dev.=standard afvigelse. Testen af forskellen mellem grupperne er en F-test, men der er her brugt P til at angive værdierne fra testen, for forståelsens skyld.

Af tabel 19 fremgår det, at forskellen mellem de to organiseringstyper både er markant og signifikant. Men det fremgår også, at heteroskedasticitet-testen er signifikant. Der er derfor foretaget en regressionsanalyse med heteroskedasticitetsrobuste standardfejl (bilag 3 - figur 5). Resultaterne af regressionsanalysen viser, at koefficienten for organiseringstype er 1.73 med en standard fejl på 0.17, hvilket er signifikant med en p-værdi på 0.000. Konklusionen fra regressionsanalysen er dermed, at forskellen mellem de to organiseringstyper, i forhold til outcome-variablen, er signifikant.

Faggrupper & udledning faggruppetype

I nedenstående tabel er resultaterne fra den deskriptive analyse af outcome-variablen, i forhold til faggrupperne, vist.

Tabel 20. Deskriptiv analyse af outcome-variablen, i forhold til faggruppe (n=498).

Faggruppe	Outcome	
	Mean	Std. Dev.
Social- og sundhedshjælper (n=158)	7.17	1.78
Social- og sundhedsassistent (n=90)	7.20	1.91
Sygeplejerske (n=92)	5.77	2.15
Fysioterapeut (n=47)	5.49	2.10
Ergoterapeut (n=46)	6.17	1.98
Borgerkonsulent (n=30)	5.57	1.52
Ressourcekoordinator (n=14)	7.00	1.62
Andet (n=21)	6.48	2.38
Total (n=498)	6.54	2.05

Noter: Mean=gennemsnit. Std. Dev.=standard afvigelse

Ud fra tabel 20 kan der ses en bestemt tendens. Social- og sundhedspersonalet (social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter) scorer højere end syge- og sundhedspersonalet (sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og borgerkonsulenter) på outcome-variablen. Denne tendens gør det interessant at lave en deskriptiv analyse, og ANOVA-test, hvor de to faggruppetyper sammenlignes.

Tabel 21. Deskriptiv analyse & ANOVA af outcome-variablen, i forhold til faggruppetype (n=463).

Faggruppetype	Outcome	
	Mean	Std. Dev.
Social- og sundhedspersonale (n=248)	7.18	1.82
Syge- og sundhedspersonale (n=215)	5.77	2.03
Total (n=463)	6.52	2.04
ANOVA	P	Prob > P
Test af forskel mellem grupper	62.40	0.000**
Test for heteroskedasticitet	2.61	0.106

Noter: Mean=gennemsnit. Std. Dev.=standard afvigelse. Testen af forskellen mellem grupperne er en F-test, men der er her brugt P til at angive værdierne fra testen, for forståelsens skyld.

Af tabel 21 fremgår det, at forskellen mellem de to faggruppetyper både er markant og signifikant. Der ventes med at tolke på, *hvorfor* dette er tilfældet, til næste kapitel. Det kan her blot konstateres, at forskellen eksisterer og er signifikant, hvilket betyder, at der vil blive brugt en dummy-variabel for faggruppetype (0=syge- og sundhedspersonale, 1=social- og sundhedspersonale) i den videre analyse

Sammenfattende er det ud fra analyseresultaterne af indeksenes reliabilitet og validitet, samt den deskriptive analyse, meningsfuldt at bruge følgende variable i den videre analyse: SV-P, SV-O, KV-P, organiseringstype og geografitype (til at indfange kontekstvilkår på organisationsniveau), faggruppetype samt de 3 kontrolvariable og outcome-variablen.

Kapitel 7 - Vilkårenes direkte effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde

Kapitlet er struktureret således, at der præsenteres en tabel med fem OLS-modeller (én model for hver vilkårstype, og én model for faggruppetype), hvorefter modellernes resultater diskuteres hver for sig.

I næste kapitel undersøges sammenhængen mellem vilkårstyperne, og hvad deres totale effekt er på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde.

7.1. OLS-regressionsanalyser af vilkårenes direkte effekt på outcome-variablen

I nedenstående tabel 22 er resultaterne fra de 5 modeller præsenterede. For forståelsens skyld er der ikke medtaget resultaterne fra hver kategori ved kontrolvariablerne (modellerne hvor resultaterne fra kategorierne er vist, kan findes i bilag 3 - tabel 1). I stedet henviser (kontrol) i tabellen til, at kontrolvariablen er medtaget i modellen, og herved er blevet kontrolleret for.

Tabel 22. Model 1-5: Vilkårenes effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
SV-P	2.01**(.095)	-	-	-	-
KV-P	-	2.04**(.093)	-	-	-
SV-O	-	-	-.006(.129)	-	-
Organiseringstype	-	-	-	1.41**(.203)	-
Geografitype	-	-	-	.563**(.166)	-
Faggruppetype	-	-	-	-	.693**(.268)
Kontrolvariable:					
Enhed	(kontrol)	(kontrol)	(kontrol)	-	(kontrol)
Område	(kontrol)	(kontrol)	(kontrol)	-	(kontrol)
Faggruppe	(kontrol)	(kontrol)	(kontrol)	(kontrol)	-
Adj. R ²	0.6034	0.6141	0.2467	0.2082	0.2462
n	497	498	477	498	463
VIF	1.83	1.84	2.20	1.17	2.17

*p < .05, **p ≤ .01. Note: koefficient(standard fejl).

Da studiet bruger modificerede/nye mål af vilkårstyperne, og der herved ikke er sammenligningsgrundlag

til andre identiske undersøgelser, vil nedenstående diskussioner af resultaterne tage udgangspunkt i litteraturen og den kvalitative analyse, som studiets vilkårstyper er operationaliserede ud fra.

Samarbejdsvilkår – professionsniveau (model 1)

Model 1 er en analyse af sammenhængen mellem SV-P og outcome-variablen, kontrollerede for enhed, område og faggruppe. Det fremgår af model 1, at sammenhængen mellem samarbejdsvilkårene på professionsniveau, og medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde, er statistisk signifikant med en markant positiv koefficient.

Resultaterne fra model 1 viser, at samarbejdsvilkårene på professionsniveau (defineret som hvorvidt medarbejderne oplever, at Forløbsmodellen giver en klar forståelse af, hvordan det tværfaglige samarbejde skal udføres), har en markant effekt på outcome-variablen (defineret som hvorvidt medarbejderne oplever det tværfaglige samarbejde som værende succesfuldt). Årsagen til vigtigheden i, at medarbejderne oplever, at Forløbsmodellen giver en klar forståelse af, hvordan det tværfaglige samarbejde skal udføres, kan tolkes ud fra litteraturen, som de anvendte items i indekset er operationaliseret ud fra. Her er mangel på rolle- og opgaveklarhed fremhævet som medvirkende til, at der forekommer frustration og udbrændthed blandt medarbejderne (Duner 2013, Moran et. al. 2015). Mangel på klare aftaler er fremhævede som medvirkende til, at der forekommer brister i videregivelsen af vigtig information (Kraft et. al. 2014). Uenighed blandt medarbejderne i borgerforløbene er fremhævet som medvirkende til, at der forekommer domænekampe mellem faggrupperne (Rabiee & Glendinning 2011). Endeligt er mangel på udbytte og indsigt i samarbejdsmodellen fremhævet som medvirkende til, at der opstår modstand mod det tværfaglige samarbejde blandt medarbejderne (Moe & Brinchmann 2017).

Kontekstvilkår – professionsniveau (model 2)

Model 2 er en analyse af sammenhængen mellem KV-P og outcome-variablen, kontrolleret for enhed, område og faggruppe. Det fremgår af model 2, at sammenhængen mellem kontekstvilkårene på professionsniveau, og medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde, er statistisk signifikant med en markant positiv koefficient. Herudover fremgår det af model 2, at modellens resultater næsten er identiske med model 1. Grunden til ligheden mellem model 1 og 2 skyldes multikollinearitet mellem SV-P og KV-P, som vil blive demonstreret og diskuteret i forlængelse af model 6 i næste kapitel. Der vil ses bort fra dette for nu, og i stedet fokuseres på implikationerne af resultaterne i model 2.

Resultaterne fra model 2 viser, at kontekstvilkårene på professionsniveau (defineret som de udledte vilkår på medarbejderniveauet, der *ikke* direkte er en del af samarbejdsmodellen), har en markant effekt på

outcome-variablen. Årsagen til den markante effekt mellem de anvendte items i KV-P, og outcome-variablen, kan tolkes ud fra den kvalitative analyse i kapitel 5, og litteraturen, der har været brugt til at understøtte operationaliseringen af dem. Her er komplekse og svært tilgængelige patientjournaler fremhævet som medvirkende til, at der forekommer kommunikationsbrister og frustrationer blandt medarbejderne (Masso 2014, Steighaug 2014). Mangel på understøttelse fra ledelsen er fremhævet som medvirkende til, at der opstår apati blandt medarbejderne, i forhold til det tværfaglige samarbejde. Mangel på tillid blandt de samarbejdende medarbejdere, er fremhævet som medvirkende til at mindske vidensdelingen og koordinationen mellem medarbejderne, hvilket betyder de i mindre grad indgår i sparring og gensidig koordination med hinanden (Axelsson & Axelsson 2009). Endeligt er en mangel på mulighed for at prioritere samarbejdet fremhævet som medvirkende til, at medarbejderne i mindre grad udveksler viden og information med hinanden (Kraft. et. al. 2014).

Samarbejdsvilkår – organisationsniveau (model 3)

Model 3 er en analyse af sammenhængen mellem SV-O og outcome-variablen kontrolleret for enhed, område og faggruppe. Af model 3 fremgår det, at sammenhængen mellem samarbejdsvilkårene på organisationsniveau og outcome-variablen *ikke* er signifikant, når der er kontrolleret for enhed, område og faggruppe. Det kan bemærkes, at sammenhængen *er* signifikant mellem SV-O og outcome-variablen, hvis der ikke er inkluderet andre variable (bilag 3 - figur 6). Sammenhængen mellem SV-O og outcome-variablen er derfor forklaret af kontrol-variablene. Dette er umiddelbart ikke overraskende, da analyseenheden for SV-O er på enhedsniveau, og sammenhængen mellem SV-O og outcome-variablen dermed empirisk er forventet at være forklaret af kontrolvariablerne: enhed og område. Forstået som, at hvis enhed og område ikke havde kunne forklare sammenhængen, vil vi ikke have haft belæg for at behandle SV-O på enhedsniveau. I forhold til vores teoretiske udgangspunkt, har vi samtidigt en forventning om, der er en horisontal sammenhæng mellem samarbejds- og kontekstvilkårene. Da kontrolvariablene for enhed og område er variablene, som vores variable for kontekstvilkår – organisationsniveau er dannet ud fra (organiseringstype, geografitype), er det heller ikke teoretisk overraskende, at sammenhængen mellem SV-O og outcome-variablen er forklaret af enhed og område. Dette understøttes af, at sammenhængen mellem SV-O og outcome-variablen heller ikke er signifikant, når vi rent faktisk bruger dummy-variablerne organiseringstype og geografitype, i stedet for kontrolvariablene for enhed og område (bilag 3 - figur 7).

Resultaterne fra model 3 viser, at samarbejdsvilkårene på organisationsniveau (defineret som hvorvidt Forløbsmodellen giver en klar strategi for, hvordan det tværfaglige samarbejde skal udføres), *ikke* har en

effekt på outcome-variablen, når der er taget højde for hvilken faggruppe, enhed og område, medarbejderne kommer fra.

Forklaringskraften i model 3 er desuden betydelig mindre end i model 1 og 2 (adj. $R^2=0.2467$). Dette betyder, at henholdsvis samarbejds- og kontekstvilkårene på professionsniveau står for en væsentlig del af forklaringskraften i henholdsvis model 1 og 2.

Kontekstvilkår – organisationsniveau (model 4)

Model 4 er en analyse af sammenhængen mellem de to typer af kontekstvilkår på organisationsniveau (organiseringstype og geografitype) og outcome-variablen, kontrolleret for faggruppe. Af model 4 fremgår det, at både sammenhængen mellem organiseringstype og outcome-variablen, samt sammenhængen mellem geografitype og outcome-variablen, er positive og signifikante.

Resultaterne fra model 4 viser, at kontekstvilkårene på organisationsniveau (defineret som de udledte vilkår på organisationsniveauet, der *ikke* direkte er en del af Forløbsmodellen), har en moderat effekt på outcome-variablen, hvor organiseringstype har den højeste. En udledning fra dette kunne være, at de eksterne strukturelle vilkår ikke har den samme effekt på det tværfaglige samarbejde, som de interne strukturelle vilkår. Forstået som, at en enhed i et landområde med en mere faciliterende organiseringstype (plejehjem) generelt har bedre vilkår, end en enhed i et byområde med en mindre faciliterende organiseringstype (hjemmepleje/sundhedsenhed). Tolkningen af dette er, at en organiseringstype, der muliggør *geografisk proximity* blandt de samarbejdende medarbejdere, herved er bedre for det tværfaglige samarbejde, end eksterne omgivelser der muliggør geografisk proximity – men at begge dele har en effekt (Madsen & Burau 2018). Det kan her bemærkes, at i de uddybende analyser i forlængelse af model 4 blev det fundet, at geografitype-variablen kun var signifikant for medarbejderne i sundhedsenheden/hjemmeplejen (bilag 3 - figur 8), og ikke for medarbejderne på plejehjem (bilag 3 - figur 9). Dette giver god mening, da fundet i den kvalitative analyse var, at det var pga. længere kørselstid og længere afstand mellem samarbejdspartnere, at de eksterne omgivelser kunne være udfordrende. Denne udfordring kan selvsagt ikke opleves på plejehjemmene.

Faggruppetype (model 5)

Model 5 er en analyse af sammenhængen mellem faggruppetype og outcome-variablen, kontrolleret for enhed og område. Af model 5 fremgår det, at sammenhængen mellem faggruppetype og outcome-variablen er moderat positiv og signifikant. Da faggruppetype-variablen er blevet udledt fra den deskriptive analyse, og herved ikke er blevet beskrevet i operationaliseringen, vil der være en diskussion af, *hvorfor* det kan være, at faggruppetype har en effekt på outcome-variablen

For at forstå hvorfor at syge- og sundhedspersonalet som helhed har et mere negativt syn på det tværfaglige samarbejde, end social- og sundhedspersonalet, kan vi gøre brug af professionssociologien. Med et professionssociologisk perspektiv, kan professioner forstås som værende del af en social orden (Noordegraaf, 2011). Professioner kan herved vinde og miste deres sociale status i et givet felt, og forholdet mellem forskellige professioner kan forstås som blivende tilpasset kontinuerligt gennem denne proces (ibid.). Med dette in mente, kan indføringen af Forløbsmodellen i Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune forstås, som en politisk drevet intervention i professionernes arbejdsområde (Dent et. al. 2016). Forstået som, at det øget politiske fokus på rehabilitering har ændret måden, fysioterapeuter, ergoterapeuter, borgerkonsulenter og sygeplejersker skal udføre deres arbejde på. Dette beskrives som deprofessionalisering i professionssociologien, hvor statens magt har autoritet over professioner, hvilket er med til at fjerne professionernes selvstændighed, og herved ”de-professionalisere” dem (ibid.). Den naturlige respons fra faggrupperne, der har en professionsidentitet (syge- og sundhedspersonalet), er herved at møde det tværfaglige samarbejde med modstand, da rehabiliteringsprojektet, som det tværfaglige samarbejde er indlejret i, er med til at ændre deres professionsidentitet. Hvorimod faggrupperne, der ikke på samme måde har en professionsidentitet (social- og sundhedspersonalet), ikke oplever denne form for deprofessionalisering, og herved ikke har den samme naturlige respons af modstand mod det tværfaglige samarbejde.

Det kan bemærkes, at hverken iCOACH eller RMIC tager højde for forskelle mellem faggrupper, i frameworksene. Resultatet fra model 5 viser, at man bør tage højde for forskelle mellem faggrupper, hvis man vil anvende teoretiske frameworks (f.eks. RMIC og iCOACH) til deduktivt at udlede vilkår for tværfagligt samarbejde. Men hvordan kan faggruppetype så indtænkes i det analytiske framework, der bliver anvendt i dette studie? Hvilken faggruppe, man tilhører, er et vilkår, der *ikke* har med samarbejdsmodellen at gøre – hvilket betyder, at det er et *kontekstvilkår*. Herudover er vilkåret bestemt på medarbejderniveauet, da det er medarbejderens faggruppe der har interesse – hvilket betyder, at det er et vilkår på *professionsniveauet*. Variablen for faggruppetype opfattes dermed i de følgende analyser, som et kontekstvilkår på professionsniveau. Faggruppetype vil dog ikke indekseres med de andre items i KV-P, da faggruppetype ikke er teoretisk antaget at være et udtryk for det samme aspekt af kontekstvilkår på professionsniveau, som de andre items i indekset.

Kapitel 8 - Vilkårenes totale effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde

Kapitlet er struktureret således, at først præsenteres en tabel med 4 OLS-modeller (hver model eksplorerer forskellige sammenhænge). Efterfølgende anvendes path analysis til at undersøge vilkårenes totale effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde. Til sidst er der en opsummering af udledningerne fra resultaterne i kapitlet, og en teoretisk diskussion af de tre arbejdsspørgsmål.

8.1. OLS-regressionsanalyser af sammenhængen mellem vilkårstyperne i forhold til outcome-variablen

Som det var tilfældet i tabel 22, er resultaterne fra kategorierne i kontrolvariablene igen udeladt (modellerne hvor resultaterne fra kategorierne er vist, kan findes i bilag 3 - tabel 2). SV-O er udeladt fra model 6, 7 og 8, da vi allerede fra model 3 ved, at den er insignifikant, når der kontrolleres for enhed og område, men den vil indgå i model 9, da dette er den fulde OLS-model med alle vilkårstyper inddraget.

Tabel 23. Model 6-9: Vilkårenes effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde

Variabel	Model 6	Model 7	Model 8	Model 9
SV-P	1.09**(.136)	2.02**(.094)	-	1.13**(.139)
KV-P	1.21**(.136)	-	2.05**(.097)	1.18**(.140)
SV-O	-	-	-	.027(.073)
Organiseringstype	-	.510**(.147)	.440**(.149)	.357* (.148)
Geografitype	-	.381**(.120)	.334**(.121)	.281* (.130)
Faggruppetype	-	.421**(.129)	.099(.134)	.140(.129)
Kontrolvariable:				
Enhed	(kontrol)	-	-	-
Område	(kontrol)	-	-	-
Faggruppe	(kontrol)	-	-	-
Adj. R ²	0.6590	0.6146	0.6099	0.6692
n	497	462	463	443
VIF	2.04	1.16	1.22	1.94

*p < .05, **p ≤ .01. Noter: koeficient(standard fejl).

Diskussionerne af modellerne vil tage udgangspunkt i ændringen af variabelnes adfærd, set i forhold til resultaterne fra model 1-5.

Model 6, 7 & 8

Model 6 er en analyse af sammenhængen mellem outcome-variablen som afhængig variabel, og SV-P samt KV-P som uafhængige variable, kontrolleret for enhed, område og faggruppe. Hvis vi sammenligner model 6 med model 1 og 2, ses det at koefficienter for SV-P og KV-P næsten er halveret, samt at deres standardfejl er øget. Dette fald i begge koefficienter og stigning i standardfejlene indikerer, at SV-P og KV-P korrelerer med hinanden. Hvis vi kigger på VIF-værdien, synes dette dog ikke at være tilfældet, da en VIF-værdi under 3 er anset som værende acceptabel (O'Brien 2007). Men den angivne VIF-værdi er den gennemsnitlige VIF-værdi for *hele* modellen. Hvis vi kigger specifikt på SV-P og KV-P, så har SV-P en VIF-værdi på 3.13, mens KV-P har en VIF-værdi på 3.3 (bilag 3 - figur 10). Dette er dermed grund for bekymring i forhold til OLS-antagelsen om *ingen* multikollinearitet i regressionsmodellen. For at undersøge den eventuelle multikollinearitet mellem SV-P og KV-P nærmere, kan vi kigge på den parvise-korrelation mellem dem, i korrelationsmatrixen for model 6 (bilag 3 - figur 11). Af korrelationsmatrixen fremgår det, at korrelationen mellem SV-P og KV-P i model 6 er 0.7627. Med en parvis-korrelation over 0.7 er der dermed igen en indikator på, at der er et forstyrrende element af multikollinearitet i modellen (Dormann et. al. 2013). Vi kan dermed konkludere, ud fra opførslen af koefficienterne og standardfejlene samt VIF-værdierne og den parvise-korrelation, at der eksisterer multikollinearitet mellem SV-P og KV-P i model 6.

Konsekvensen af denne multikollinearitet er, at det ikke er muligt at udlede SV-P's og KV-P's totale effekt på outcome-variablen, da begge variable i et vist omfang forklarer den samme varians (de Vaus 2014: 358). Spørgsmålet, der opstår i forlængelse af dette, er, hvorvidt multikollineariteten skyldes en kausalsammenhæng mellem SV-P og KV-P, eller multikollineariteten skyldes, at de korrelerer sammen med en helt tredje variabel. I forhold til den teoretiske antagelse om en horisontal sammenhæng mellem vilkårstyperne, hvor kontekstvilkårene indvirker på samarbejdsvilkårene, vil der antages at KV-P har en kausalindvirkning på SV-P. Denne teoretiske antagelse vil blive undersøgt nærmere i det efterfølgende afsnit, hvor der bruges path analysis.

SV-P's og KV-P's multikollinearitet kan desuden ses i model 7 og 8, da de bevirker næsten identiske adfærdsændringer i organiseringstype og geografitype. Udledningerne af model 7 og 8 er, at når der er taget højde for enten SV-P eller KV-P, så falder organiseringstypens effekt på outcome-variablen betydeligt, mens geografitype kun i mindre grad bliver påvirket af, at enten SV-P eller KV-P bliver inddraget i modellen. Model 7 og 8 viser dermed, at en betydelige del af organiseringstypens effekt på outcome-variablen, og en lille del af geografitypens effekt på outcome-variablen, er forklaret af både SV-P og KV-P. En forskel mellem SV-P' og KV-P's påvirkning på de øvrige variable er, at faggruppetype

bliver insignifikant når KV-P inddrages i modellen, mens faggruppetype er forholdsvis upåvirket af, at SV-P bliver inddraget i modellen. Den effekt der blev fundet mellem faggruppetype og outcome-variablen i model 5, er herved forklaret af KV-P. Givet den tidligere argumentation for, at faggruppetype i sig selv er et kontekstvilkår på professionsniveau, er dette resultat ikke overraskende. Forstået som, at hvis faggruppetype og KV-P begge to måler aspekter af kontekstvilkår på professionsniveauet, så er det ikke overraskende, at de co-varierer og kan være med til at forklare hinanden.

Model 9

Model 9 er den samlede model, der analyserer sammenhængen mellem outcome-variablen som afhængig variabel, og de 6 variable som indfanger de 4 vilkårstyper som uafhængige variable. Det kan bemærkes, at resultaterne fra model 9 som udgangspunkt ikke er særlige meningsfulde at tolke på, da vi ved der eksisterer multikollinearitet (jf. model 6). På trods af dette, er modellen medtaget for at vise, hvordan variablene opfører sig, når alle variable er inkluderet i modellen. Det fremgår af resultaterne fra model 9, at variablene har den samme adfærd i den samlede model, som de har haft i de forudgående modeller. Udledningen af disse pointer er allerede gennemgået, hvorfor der her blot skal konstateres, at pointerne stadig er valide, når vi medtager alle variable i én model.

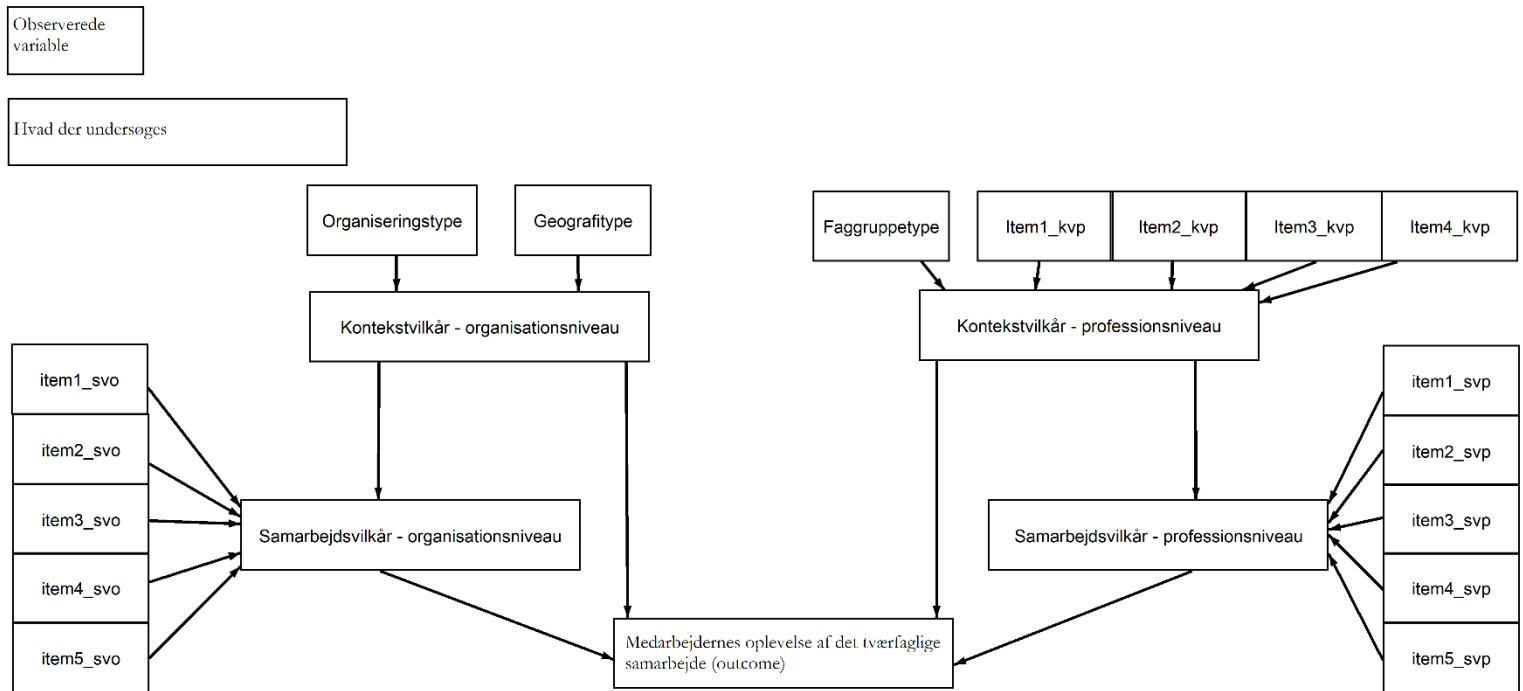
8.2. Path analysis af sammenhængen mellem vilkårstyperne i forhold til outcome-variablen

Afsnittet er struktureret således, at først præsenteres den revideret analysemodel med kausalsammenhængene. Herefter diskuteres de teoretiske og metodiske antagelser i path analysis-modellen, og hvilke implikationer dette har for tolkningspotentiallet. Hernæst præsenteres resultaterne, og diskuteres med udgangspunkt i de tre arbejdsspørgsmål. Efterfølgende vil der være et opsamlingsafsnit, hvor der vil være en opsummering af kapitlets resultater og en diskussion af, hvilke teoretiske implikationer resultaterne fra de tre arbejdsspørgsmål har.

Revideret analysemodel

De to bærende analytiske hypoteser i studiet (jf. afsnit 1.2) er henholdsvis, at niveauerne co-varierer internt i henholdsvis samarbejdsniveauerne og kontekstniveauerne (vertikal sammenhæng), samt at kontekstvilkårene har en kausalindvirkning på samarbejdsvilkårene (horisontal sammenhæng). I forhold til de empiriske udledninger indtil videre synes disse hypoteser stadigvæk at være relevante. Analysemodellen med kausalsammenhængene er derfor konstrueret ud fra disse to hypoteser som vist nedenfor.

Figur 7. Analysemodellen med kausalsammenhænge mellem indeksene



Hvis vi sammenligner den revideret analysemodel med den originale analysemodel (jf. figur 3), ses tre ændringer. Først og fremmest er der pile fra kontekstvilkårene til samarbejdsvilkårene (grundet den teoretiske hypotese om horisontal sammenhæng samt model 3 og 5). Pilene viser kausalvejene (disse kaldes "paths" i path analysis-litteraturen) og indikerer, at kontekstvilkårene har en kausalindvirkning på samarbejdsvilkårene. En anden ændring er, at kontekstvilkårene på organisationsniveau udelukkende undersøges med organiseringstype og geografitype (grundet udledningerne fra afsnit 6.1). Den sidste ændring er, at 'faggruppe' er blevet inkluderet i analysemodellen, og er antaget at være et kontekstvilkår på professionsniveau (grundet udledningerne fra model 5). Det kan bemærkes, at henholdsvis kontekstvilkårene internt og samarbejdsvilkårene internt, implicit er antaget at co-variere i analysemodellen (pile der indikerer denne co-varians er ekskluderet af simplificeringsårsager).

For at give et indblik i tolkningspotentialen fra de efterfølgende path analysis resultater, vil der nu være en teoretisk og metodisk diskussion af den revideret analysemodel.

Teoretisk og metodisk diskussion af den revideret analysemodel

Tolkningspotentialen fra analysemodellen diskuteres med brug af terminologi fra path analysis, og ud fra tre overordnet pointer.

Først og fremmest består analysemodellen af *eksogene* og *endogene* variable. Organiseringstype, geografitype, faggruppetype og KV-P er *eksogene* variable – deres værdier er bestemt *udenfor* analysemodellen (Williams 2015:1). Mens SV-O, SV-P og outcome-variablen er *endogene* variable – deres værdier er bestemt *indenfor* analysemodellen (ibid.). Med en probabilistisk kausalitetsforståelse er formålet i dette studie ikke at forklare hele variansen af de endogene variable. Formålet er derimod at undersøge mekanismerne og forklaringskraften i den valgte analysemodel. Dette er i sig selv ikke et brud på antagelserne i path analysis, men er vigtig at have in mente, når der tolkes på resultaterne fra analyserne. Der vil i resultaterne præsenteres og diskuteres de endogene variables *error terms* – hvor error term er et udtryk for den del af de endogene variables varians, der *ikke* kan forklares af modellen.

For det andet er vores analysemodel en *recursive* model (ibid.). Hvor en recursive model er en model uden ”feedback loops” (ibid.). Dette er i modsætning til en *nonrecursive* model, hvor feedback loops eksisterer (f.eks. hvis outcome-variablen er antaget at indvirke tilbage på vilkårene) (ibid.). Antagelsen i analysemodellen er altså, at der *ikke* eksisterer feedback loops – men er dette nødvendigvis sandt? F.eks. kunne man forestille sig, at tillid blev opbygget over tid - hvorfor en oplevelse af at det tværfaglige samarbejde er succesfuldt indvirker positivt på niveauet af tillid mellem medarbejderne (item 3 i KV-P). Herudover kunne man også forestille sig, at medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde har en indvirkning på, om lederne ser en merværdi med at arbejde efter Forløbsmodellen (item 3 i SV-O). Dette er blot to eksempler, og der kunne argumenteres for flere. Den anvendte analysemodel bryder herved med en af antagelserne i path analysis - der eksisterer antageligvis reciprokke effekter, der ikke er inkluderet i modellen (modellen er ikke ”kausalt afsluttet”).

Grunden til udeladelsen af disse mulige reciprokke effekter skyldes, at det ikke er metodisk muligt at antage kausalsammenhænge mellem enkelte items, når de forskellige items er blevet indekseret. Det kan f.eks. ikke antages at outcome-variablen indvirker på tillid alene, da tillid er indekseret i KV-P, og det giver hverken teoretisk eller metodisk mening at antage, at outcome-variablen har en kausalindvirkning på hele KV-P-indekset. Grunden til, at analysemodellen er relevant på trods af dette, skyldes igen, at formålet med analysemodellen er at teste teoretiske- og empiriske udledte hypoteser om specifikke sammenhænge, og ikke at lave en analysemodel, der kan determinere hele variansen af outcome-variablen. Forstået som, at der kunne laves en mere kompleks model, der måske ville øge forklaringskraften i forhold til outcome-variablen, men dette vil kræve, at vi opgav hele det teoretiske fundament for undersøgelsen (at jeg undlod at bruge de teoretisk konstrueret indeks). Og da path analysis er en teori-drevet undersøgelsesmetode, vægter det teoretiske ræsonnement højere end den metodiske finesse (de

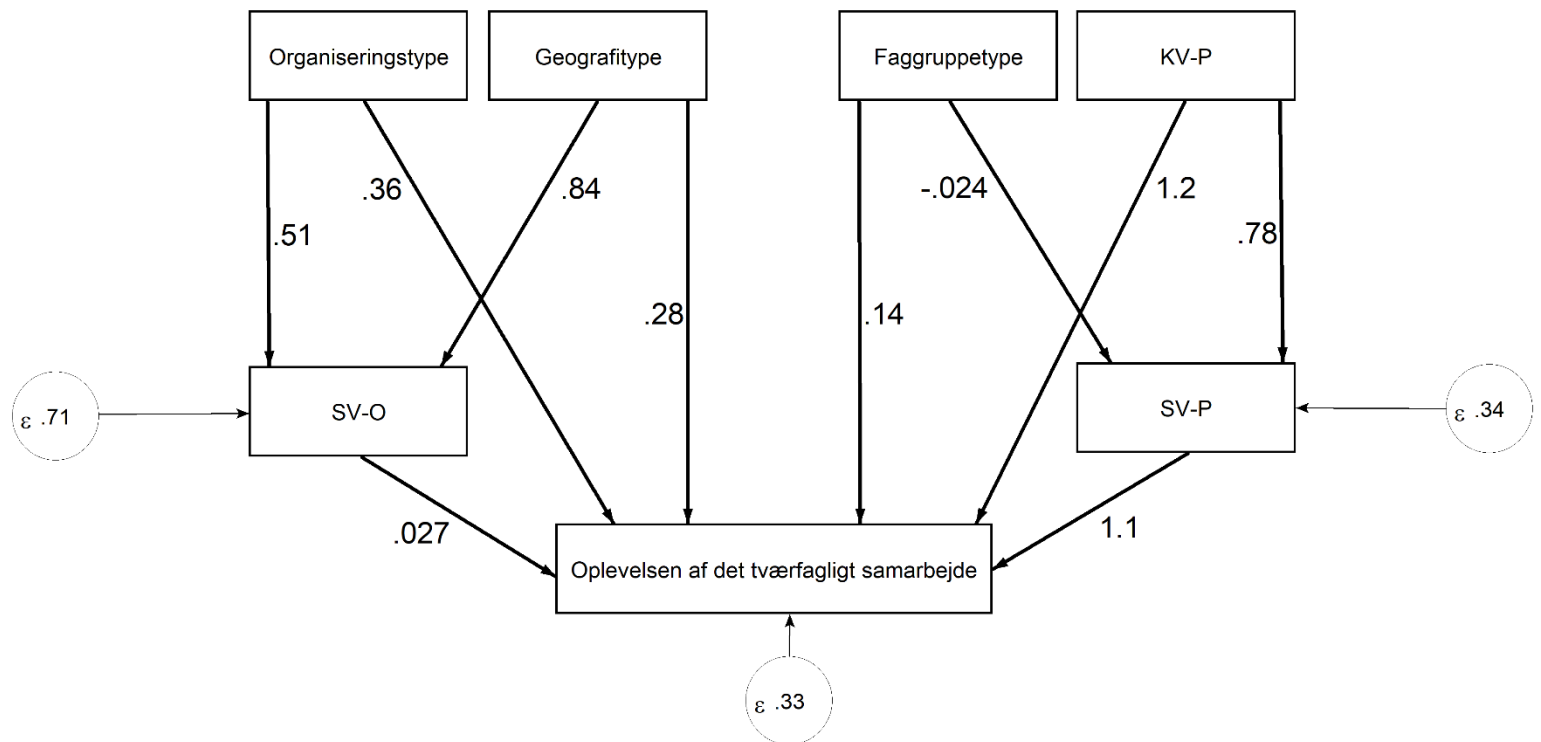
Vaus 2014:328). Bruddet på antagelsen om kausal afslutning mindsker herved ikke gyldigheden af resultaterne, men er vigtig at have in mente i tolkningen og den videre perspektivering.

Den tredje og sidste overordnet pointe er, at analysemodellen og dette speciale som helhed, er et stillbillede af vilkårenes effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde, *som det er lige nu*. Dette fører tilbage til den teoretiske diskussion om kontekst, hvor jeg i dette studie teoretisk forstår kontekst som dynamisk, men analytisk forstår kontekst som stabil. Teoretisk antages det, at vilkårene er i forandring over tid og bliver reproducerede og transformerende af medarbejderne og lederne, mens det analytisk antages, at vilkårene er stabile og uden feedback loops. Teoretisk kunne det f.eks. antages, at øget eksponering for det tværfaglige samarbejde kan have en positiv indvirkning på medarbejdernes oplevelse af det (eller omvendt). Hvilket bevirker, at de måske også oplever at have bedre/værre vilkår over tid (grundet den tidligere nævnte mulige reciproke kausalitet). Pointen her, og ligeledes i de to andre overordnede pointer er, at verdenen i virkeligheden er mere kompleks og dynamisk, end det er antaget i analysemodellen. Det understreges igen, at dette ikke mindsker gyldigheden af resultaterne, men det er vigtigt at have det med i forståelsen for tolkningen og perspektiveringen. Den revideret analysemodel muliggør en undersøgelse af vilkårenes effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde, og herved en belysning af problemformuleringen – men det er ikke antaget at være en endegyldig formel.

Path analysis af analysemodellen

For at give et visuelt indblik i resultaterne præsenteres først det kausale flowdiagram af den udførte path analysis (de Vaus 2014:328). For forståelsens skyld er værdierne for co-varianserne mellem variableerne udeladt fra det kausale flowdiagram (de vil være inkluderet i den efterfølgende tabel).

Figur 8. Det kausale flowdiagram for model 10.



Pilene i figuren angiver kausalitetsvejene, og tallene ved siden af pilene er koefficienterne for de givne kausalitetsveje. Tallene i cirklerne ud for de endogene variable SV-O, SV-P og outcome-variablen angiver, hvor stor den standardiserede fejlvarians er for disse variable (deres error term). Det kan f.eks. ses, at den standardiserede fejlvarians for SV-P er 0.34, hvilket betyder, at 34% af dens varians *ikke* er forklaret af modellen.

For at give et dybere indblik i resultaterne vil disse nu præsenteres i tabelform. Tabellen er inddelt i 4 kategorier: Variablenes effekter på outcome-variablen (henholdsvis direkte, indirekte og total effekt), kontekstvilkårenes effekter på samarbejdsvilkårene, co-variansen mellem vilkårene og de endogene variables fejlvarians. Herudover er modellens fit angivet til sidst i tabellen.

Tabel 24. Model 10: Path analysis af vilkårenes effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde (n=443)

Struktur	Coef.(std.err.)	Coef.(std.err.)	Coef.(std.err.)
<i>Variablenes effekter på outcome</i>	Direkte effekt	Indirekte effekt	Total effekt
SV-P → outcome	1.13**(.138)	-	1.13**(.138)
KV-P → outcome	1.18**(.139)	.885**(.113)	2.07**(.096)
SV-O → outcome	.027(.073)	-	.027(.073)
Organiseringstype → outcome	.357*(.147)	.013(.037)	.370**(.141)
Geografitype → outcome	.281*(.129)	.022(.061)	.303**(.114)
Faggruppetype → outcome	.140(.128)	-.027(.048)	.113(.137)
<i>Direkte effekter mellem vilkårene</i>	Direkte effekt		
KV-P → SV-P	.785**(.030)		
Faggruppetype → SV-P	-.024(.043)		
Organiseringstype → SV-O	.506**(.084)		
Geografitype → SV-O	.841**(.075)		
<i>Co-variants mellem variablene</i>	Co-variants		
cov(organiseringstype,faggruppetype)	.071**(.011)		
cov(organiseringstype,KV-P)	.122**(.016)		
cov(organiseringstype,geografitype)	.029**(.010)		
cov(geografitype,faggruppetype)	-.019(.012)		
cov(geografitype,KV-P)	.042*(.017)		
cov(faggruppetype,KV-P)	.156**(.019)		
cov(e.SV-O,e.SV-P)	.033*(.015)		
<i>De endogene variables std. fejlvarians</i>	Std. fejlvarians		
e.SV-O	.711(.036)		
e.SV-P	.343(.026)		
e.outcome	.327(.025)		
<i>Model fit:</i>	X ² (df)	RMSEA	CFI
	7.30(4) °	0.043°	0.997°
			0.989°

*p < .05, **p ≤ .01. °Model har acceptabel fit med sample. Noter: "→" angiver kausalforhold. Koefficient(standard fejl). X²=Chi2. df=frihedsgrader; RMSEA=Root mean squared error of approximation. CFI=Comparative fit index. TLI=Tucker-Lewis index.

Det kan påmindes, at organiseringstype, geografitype og faggruppetype er dummy-variable. Mens SV-P, SV-O og KV-P har en variationsbredde på 1-5, og outcome-variablen har en variationsbredde på 1-10. Resultaterne fra model 10 diskuteres nu med udgangspunkt i studiets tre arbejdsspørgsmål.

Vertikal sammenhæng

Arbejdsspørgsmålet om vertikal sammenhæng lyder således: eksisterer der en *vertikal sammenhang*, forstået som en co-varians, internt i henholdsvis samarbejdsvilkårene og kontekstvilkårene? Arbejdsspørgsmålet er en undersøgelse af den teoretiske antagelse, at organisations- og professionsniveauet co-varierer med hinanden i både samarbejdsvilkårene og kontekstvilkårene. Den teoretiske antagelse kan undersøges ved at kigge på resultaterne for 'co-varians mellem variablene' i tabel 24.

Af co-variansen mellem de to samarbejdsniveauer (SV-O og SV-P) fremgår det, at den er angivet som " $cov(e.SV-O, e.SV-P)$ " i tabellen. E'tet foran variabelnavnene angiver, at det er co-variansen mellem de to variables fejlvarians (error term), der bliver målt. Grunden til, at det er co-variansen mellem variansen *udenfor modellen*, der bliver målt på er, at samarbejdsvilkårene er endogene variable, og deres varians *indenfor modellen* er antaget at være forklaret af de eksogene kontekstvilkår. Hvorvidt der er co-varians mellem SV-O og SV-P i modellen er dermed bestemt af, om der er co-varians mellem de variable, der forklarer dem (kontekstvilkårene). Af variansen *udenfor modellen* fremgår det, at denne er positiv og signifikant, men samtidigt relativ svag. Dette er lidt overraskende, da en relativ stor del af samarbejdsvilkårenes varians ikke er forklaret af modellen – henholdsvis 71% for SV-O, og 34% for SV-P (jf. "de endogene variables std. fejlvarians" i tabel 24). Der vil nu undersøges co-variansen mellem kontekstvilkårene.

Der skal mindes om, at 'organiseringstype' og 'geografitype' udgør kontekstvilkårene på organisationsniveau, mens 'faggruppetype' og 'KV-P' udgør kontekstvilkårene på professionsniveau. Når vi vil undersøge den interne sammenhæng mellem kontekstniveauerne, skal vi dermed se på 4 værdier fra model 10. Dette er co-variansen mellem geografitype-faggruppetype, geografitype-KV-P, organiseringstype-faggruppetype og organiseringstype-KV-P.

Af co-variansen mellem geografitype og faggruppetype fremgår det, at denne er insignifikant. Dette er ikke overraskende, da vi hverken teoretisk eller empirisk vil forvente, at der er en co-varians mellem, om medarbejderen er SOSU'er eller syge- og sundhedspersonale, og om medarbejderen er fra et land- eller byområde.

Af co-variansen mellem geografitype og KV-P fremgår det, at denne er signifikant, positiv og relativ svag. At medarbejderen arbejder i et byområde co-varierer herved svagt positivt med, at medarbejderen oplever at have bedre kontekstvilkår på professionsniveau.

Af co-variansen mellem organiseringstype og faggruppe fremgår det, at denne er signifikant, positiv og svag-til-moderat. Denne co-varians er mere et udtryk for den undersøgte setting, end det er et teoretisk fund. Co-variansen er nemlig en konsekvens af, at flere SOSU'ere arbejder på plejehjem.

Af co-variansen mellem organiseringstype og KV-P fremgår det, at denne er signifikant, positiv og moderat. At medarbejderen arbejder på et plejehjem co-varierer herved moderat positivt med, at medarbejderen oplever at have bedre kontekstvilkår på professionsniveau.

Ud fra co-varianserne internt i kontekstniveauerne er det relevant at tolke på to af dem: co-variansen mellem organiseringstype og KV-P, samt co-variansen mellem geografitype og KV-P. At begge disse co-varianser er signifikante og positive viser, at der er en vertikal sammenhæng mellem kontekstniveauerne. Hvor denne interne sammenhæng mellem kontekstniveauerne især skyldes co-variansen mellem organiseringstype og KV-P. Co-variansen mellem henholdsvis geografitype og KV-P samt organiseringstype og KV-P betyder samtidigt, at samarbejdsvilkårene på organisationsniveau og samarbejdsvilkårene på professionsniveau har en tilsvarende co-varians *indenfor modellen*. – forudsat at kontekstvilkårene er med til at forklare variansen i samarbejdsvilkårene. Hvorvidt dette er tilfældet, undersøges nu i henhold til arbejdsspørgsmålet om den horisontale sammenhæng.

Horisontal sammenhæng

Arbejdsspørgsmålet om horisontal sammenhæng lyder således: eksisterer der en *horisontal sammenhæng*, forstået som et kausalitetsforhold mellem samarbejds- og kontekstvilkårene, hvor kontekstvilkårene har en effekt på samarbejdsvilkårene, på henholdsvis organisations- og professionsniveauet? Arbejdsspørgsmålet er en undersøgelse af den teoretiske antagelse, at kontekstvilkårene har en kausalindvirkning på samarbejdsvilkårene på både organisations- og professionsniveauet. Den teoretiske antagelse kan undersøges ved at kigge på resultaterne for 'direkte effekter mellem vilkårene' i tabel 24.

Hvis vi starter med organisationsniveauet, fremgår det, at både geografitype og organiseringstype har en signifikant, positiv og moderat effekt på SV-O. Konklusionen af dette er, at der er en horisontal sammenhæng mellem kontekst- og samarbejdsvilkårene på organisationsniveauet, hvor kontekstvilkårene har en positiv effekt på samarbejdsvilkårene. Men SV-O har en forholdsvis høj fejlvarians, hvilket betyder at selvom der er fundet en moderat horisontal sammenhæng, så skal det ikke tolkes som, at kontekstvilkårene på organisationsniveauet har en albestemmende effekt på samarbejdsvilkårene på organisationsniveauet.

Hvis vi kigger på professionsniveauet, fremgår det at KV-P har en signifikant, positiv og markant effekt på SV-P, mens faggruppetype *ikke* har en signifikant effekt på SV-P. Konklusionen af dette er, at der er en horisontal sammenhæng mellem kontekst- og samarbejdsvilkårene på professionsniveauet, som eksisterer ved at KV-P har en direkte effekt på SV-P. Det fremgår samtidigt af tabel 24, at SV-P har en fejlvarians på 0.343, hvilket betyder at 34% af dens varians *ikke* er forklaret af modellen. I sammenligning

med SV-O er dette en relativ lav fejlvarians, men den er stadig vigtig at have in mente i tolkning af den horisontale sammenhæng på professionsniveauet.

Ud fra resultaterne af de direkte effekter mellem vilkårene er det blevet udledt, at der er en horisontal sammenhæng mellem kontekstvilkårene og samarbejdsvilkårene. Denne horisontale sammenhæng er moderat på organisationsniveauet, og markant på professionsniveauet. Fundet af den horisontale sammenhæng bekræfter samtidigt hypotesen om, at der er en vertikal sammenhæng mellem samarbejdsniveauerne *indenfor modellen*. Dette skyldes, som argumenteret for tidligere, at givet kontekstvilkårene har en effekt på samarbejdsvilkårene, så er co-variansen mellem samarbejdsniveauerne *indenfor modellen* et resultat af co-variansen mellem kontekstniveauerne.

Samlet diskussion af model 10 & hvilke vilkår har den største effekt

Det tredje arbejds spørgsmål lyder således: Hvilke vilkår har de største effekter på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde? Arbejds spørgsmålet har til hensigt at afdække styrkeforholdet mellem vilkårene, og udlede hvilke vilkår der er de vigtigste i den undersøgte setting. Før arbejds spørgsmålet besvares, vil der være en samlet diskussion af modellens fit.

Af værdierne for hvor 'fit' model 10 er, fremgår det at modellen har en RMSEA-værdi under 0.1, CFI og TLI-værdier over 0.95 samt en (χ^2/df) -værdi under 3. Den hypoteserede model har dermed et godt fit med samplet. Resultaterne fra model 10 kan derfor forstås som valide (den hypoteserede analysemodel er gyldig i forhold til samplet), og resultaterne kan meningsfuldt tolkes – med forbehold for de tidligere fremførte teoretiske og metodiske antagelser i path analysis (Treiman 2009:243).

Hvis vi ser på outcome-variablens fejlvarians i model 10 fremgår det, at denne er relativt lav i forhold til, at dette er en samfundsvidenskabelig undersøgelse ($\epsilon_{\text{outcome}}=0.327$). Den konstrueret model kan altså forklare 67.3% af variansen i medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde, hvilket må siges at være en del. For at besvare det sidste arbejds spørgsmål, vil der nu blive diskuteret hver variabels funktion i analysemodellen (model 10). Dette gøres med udgangspunkt i resultaterne fra 'variablenes effekter på outcome' i tabel 24, og med inddragelse af 'mediation analysis'-terminologi, som er en del af path analysis.

I tabel 24 ses det, at faggruppetype hverken har en signifikant direkte, indirekte eller total effekt på outcome-variablen. Med brug af 'mediation analysis'-terminologi kan det siges, at faggruppetype er en 'no-effect nonmediation'-variabel (Zhao et. al. 2010). I forhold til vores analysemodel er faggruppetype herved ikke relevant – da den hverken har en signifikant direkte eller indirekte effekt på outcome-variablen. Vi ved dog fra model 8, at grunden til, at faggruppetype ikke har en signifikant direkte effekt på outcome-variablen i analysemodellen, er fordi dens effekt er forklaret af KV-P. Spørgsmålet i

forlængelse af dette er, om faggruppetype dermed har en kausalindvirkning på KV-P – dette er blevet empirisk testet. Udover at dette ikke vil give teoretisk mening (da sammenhængen indenfor en vilkårstype er antaget at være co-variation og ikke kausalitet), viste det sig heller ikke at give empirisk mening. Modellens fit er meget dårlig, når det antages, at faggruppetype indvirker på KV-P (jf. bilag 3 - figur 12). Det kan derfor konkluderes at grunden til, at faggruppetype har en indvirkning på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde, er fordi faggruppetype co-varierer med KV-P. Der kigges nu på variablenes funktioner på organisationsniveauet (organiseringstype, geografitype og SV-O)

De to variable for kontekstvilkår på organisationsniveauet (organiseringstype og geografitype) har en signifikant direkte og total effekt, men ikke indirekte effekt, på outcome-variablen. Grunden til de to variable ikke har en signifikant *indirekte* effekt på outcome-variablen, er fordi SV-O ikke har en signifikant *direkte* effekt på outcome-variablen. Organiseringstype og geografitype er dermed 'direct-only nonmediation'-variable, mens SV-O er empirisk irrelevant for det undersøgte sample, da den ikke har en indvirkning på outcome-variablen (ibid.). Hvis vi kigger nærmere på den direkte effekt af organiseringstype og geografitype på outcome-variablen fremgår det, at de er relativt svage. Konklusionen af dette er, at når der er taget højde for de andre variable i modellen, har organiseringstype og geografitype ikke en særlig stor effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde. Der kigges nu på de to relevante variable på professionsniveauets funktioner (KV-P og SV-P).

KV-P har en signifikant direkte og indirekte effekt på outcome-variablen, hvor den signifikante indirekte effekt er et resultat af, at SV-P har en signifikant direkte effekt på outcome-variablen. SV-P er dermed en 'complementary mediation'-variabel (ibid.). Forstået som, at SV-P er en confounder (jf. afsnit 4.4), som er med til at mediere effekten KV-P har på outcome-variablen. Der er derfor tre effekter på spil: den direkte effekt fra KV-P, den direkte effekt fra SV-P og den indirekte effekt fra KV-P, der går igennem SV-P. Hvis vi kigger nærmere på størrelsen af de tre effekter, fremgår det, de alle tre er betydelige, mens den største effekt er KV-P's totale effekt på outcome-variablen, da den er udregnet ved at addere dens direkte og indirekte effekt. For at simplificere tolkningen af koefficienterne, kan vi modificere outcome-variablen til at have samme variationsbredde som de to indeks (1-5). Hvis vi gør dette, fremgår det at den totale effekt af SV-P på outcome-variablen er i størrelsesordenen 0.5:1, mens den totale effekt af KV-P på outcome-variablen er i størrelsesordenen 0.9:1 (jf. bilag 3 - figur 13). Konklusionen af dette er, at samarbejds- og kontekstvilkårene på professionsniveauet har store effekter på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde, hvor kontekstvilkårene har den største, da de samtidigt har en effekt på samarbejdsvilkårene.

8.3. Opsummering og teoretisk diskussion af sammenhængen mellem vilkårstyperne

Der vil nu være en opsummering af de analytiske fund i forhold til de tre arbejds spørgsmål, og herfra en diskussion af resultaternes teoretiske implikationer.

Konklusionen af det første arbejds spørgsmål er, at der eksisterer en vertikal sammenhæng i både samarbejdsvilkårene og kontekstvilkårene, hvor den vertikale sammenhæng i samarbejdsvilkårene primært er en afledt effekt af den vertikale sammenhæng i kontekstvilkårene. Denne udledning understøtter Valentijns teoretiske antagelse om, at der er en co-varians mellem samarbejdsniveauerne, *men* denne co-varians skyldes måske noget andet end, hvad Valentijn umiddelbart henleder til. I sit værk hypoteserer Valentijn, at co-variansen mellem samarbejdsniveauerne skyldes, at der er et kausalitetsforhold *mellem* samarbejdsniveauerne (Valentijn 2015:32). Med det analytiske framework, jeg bruger i dette studie, og ud fra de analytiske fund, vil jeg argumentere for at co-variansen mellem samarbejdsniveauerne skyldes, at der er en co-varians mellem kontekstvilkårene, og dette bevirker, at der er en co-varians mellem samarbejdsvilkårene. Grunden til den interne sammenhæng i samarbejdsvilkårene skyldes herved ikke, at der er et kausalitetsforhold mellem samarbejdsvilkårene, men at der er et kausalitetsforhold mellem kontekst- og samarbejdsvilkårene.

Ud fra min analytiske indgangsvinkel, og resultaterne fra studiet, er jeg dermed enig i Valentijns antagelse om, at der er en vertikal sammenhæng mellem samarbejdsniveauerne – men jeg er uenig i hans antagelse om, *hvorfor* denne vertikale sammenhæng eksisterer. Grunden til vores uenighed er et resultat af, at Valentijn ikke skelner mellem forskellige typer af vilkår *indenfor et niveau*, ligesom jeg gør i dette studie, med henholdsvis samarbejds- og kontekstvilkår. Givet han ikke skelner mellem forskellige typer af vilkår indenfor et niveau, er hans antagelse om kausalitetsforhold mellem niveauerne reel – f.eks. hvis jeg havde undersøgt professions- og organisationsniveauerne uden at skelne mellem kontekst- og samarbejdsvilkår, vil jeg formodentlig også kunne have fundet et kausalitetsforhold mellem dem. Men konsekvensen af dette vil være, at nuancen *indenfor* et niveau vil bortfalde, og jeg ville f.eks. ikke have kunne udlede det analytiske fund om den horisontale sammenhæng mellem vilkårene. Problemet er dermed, at i Valentijns bestræbelser på at simplificere det analytiske framework for at øge dens applicerbarhed i praksis, taber han vigtig teoretisk viden.

Konklusionen af det andet arbejds spørgsmål er, at der eksisterer en horisontal sammenhæng mellem samarbejds- og kontekstvilkårene, hvor den horisontale sammenhæng især er prominent på professionsniveauet, mens den er mere moderat på organisationsniveauet. Denne udledning understøtter

relevansen af, *hvorfor* det er vigtigt, at man analytisk adskiller samarbejds- og kontekstvilkår. Givet, at der er et klart kausalitetsforhold mellem de to typer af vilkår, vil der gå vigtige analytiske pointer tabt, hvis de ikke bliver holdt adskilt fra hinanden. Udledningen legitimerer dermed studier, der holder de to vilkårstyper adskilt (f.eks. Evans et. al. der gør det i konceptualiseringen af organisationsniveauet i iCOACH). Herudover kan det også ses, som et svar på Valentijns spørgsmål om, hvordan man kan indtænke organisationskontekster ind i RMIC-frameworket (Valentijn 2015:145). Det kan her bemærkes, at Valentijn selv har været i gang med at udvikle hans RMIC-framework, således det kan tage højde for organisationskontekster (Valentijn 2018). Her har han valgt at skelne mellem henholdsvis organisationskulturelle vilkår (normative enablers) og organisationsstrukturelle vilkår (functional enablers), som er antaget at være ”enablers”, der kan være med til at facilitere det tværfaglige samarbejde (ibid.). Som eksempler henviser han til, at øget træning og uddannelse blandt medarbejderne er et faciliterende organisationskulturelt vilkår, mens et ensartede registreringssystem på tværs af de samarbejdende medarbejdere, er et faciliterende organisationsstrukturelt vilkår (ibid.).

I forhold til dette studies analytiske framework, og udledningen af den horisontale sammenhæng, er der to problemer ved Valentijns forståelse af organisationskontekst. Først og fremmest tager det ikke højde for de forskellige analytiske niveauer. Som argumenteret for af ham selv, så fungerer et system både på et mikro- meso- og makroniveau (Valentijn 2015:25). En paraplyforståelse af organisationskontekster som værende udgjort af summen af kulturelle og strukturelle vilkår, fjerner herved den vigtige nuancering af hvilket analytiske niveau vilkårene opererer på. F.eks. ville det i dette studie ikke have været muligt at finde en horisontal sammenhæng mellem samarbejds- og kontekstvilkårene på henholdsvis professions- og organisationsniveauet, da kontekstvilkårene ikke ville have været operationaliseret ud fra de to analytiske niveauer. Det andet problem med Valentijns forståelse af organisationskontekst er, at han anvender a priori formulerede ”enablers”. Som argumenteret for af Evans et. al., så er det ikke alle vilkår (eller enablers hvis vi bruger Valentijns vokabular), der er lige gyldige i alle settings. Valentijn tager dermed ikke højde for at et organisationskulturelt eller organisationsstrukturelt vilkår, der er yderst vigtig for denne ene setting, måske ikke er det for en anden setting. Den umiddelbare løsning til dette vil være, som jeg har gjort med inspiration fra iCOACH, at indtænke et sekventielt mixed-method design i frameworket, hvor det først udledes hvad de vigtigste organisationskulturelle og organisationsstrukturelle vilkår er i den givne setting, før det undersøges kvantitativt.

Konklusionen af det tredje arbejds spørgsmål er, at indekset for kontekstvilkårene på professionsniveauet og indekset for samarbejdsvilkårene på professionsniveau, er de to vilkår med største effekter. Mens indekset for kontekstvilkår på professionsniveau teknisk set har den største effekt, da den

har en confounding effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde, der går igennem indekset for samarbejdsvilkår på professionsniveau. Denne udledning giver os et indblik i styrkeforholdet mellem de forskellige vilkårstyper, og gør det muligt at konkludere hvilke vilkår, der er de vigtigste i det undersøgte sample. Det interessante i forlængelse af dette er, hvordan vi ud fra *dette studies* teoretiske vinkel kan forstå denne analytiske udledning.

Givet definitionen af samarbejds- og kontekstvilkårene på professionsniveauet i dette studie, er den overordnet teoretiske konklusion fra udledningen, at de kontekstuelle vilkår på medarbejderniveauet, der ikke er en del af samarbejdsmodellen, har den største effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde. Hvor noget af deres effekt er forklaret af, at de kontekstuelle vilkår på medarbejderniveauet har en effekt på medarbejdernes oplevelse af om Forløbsmodellen giver en klar forståelse af, hvordan det tværfaglige samarbejde skal udføres. Hvis vi går ned på item-niveauet, kan vi endvidere sige, at (1) hvorvidt medarbejderne oplever, at den elektroniske patientjournal understøtter det tværfaglige samarbejde, (2) hvorvidt medarbejderne oplever, ledelsen understøtter dem i det tværfaglige samarbejde, (3) hvorvidt medarbejderne oplever, at de har tillid til hinanden og (4) hvorvidt medarbejderne oplever, de har mulighed for at prioritere det tværfaglige samarbejde, er de vigtigste vilkår for, om medarbejderne oplever det tværfaglige samarbejde som succesfuldt. Hvor noget af disse 4 items effekter er forklaret af, at de indvirker på (1) hvorvidt medarbejderne oplever, at rollerne og opgaverne er klare i Forløbsmodellen, (2) hvorvidt medarbejderne oplever, der er klare aftaler, (3) hvorvidt medarbejderne oplever, der er enighed om, hvad målet med borgerforløbene er, (4) hvorvidt medarbejderne oplever, at Forløbsmodellen er med til at fremme det tværfaglige samarbejde og (5) hvorvidt medarbejderne oplever at kunne se formålet med Forløbsmodellen.

I forhold til, hvordan vi kan forstå dette i relation til anden litteratur og teori, er det midlertidigt svært. Dette skyldes, som nævnt i indledningen, at det er meget sparsomt med litteratur der har fokus på vilkårs præcise styrkeniveauer, og på kausalitetsforholdet mellem vilkår (Williams 2012:20). Der er litteratur, der f.eks. bemærker, at om man har tid til at prioritere det tværfaglige samarbejde har en indvirkning på, om der bliver lavet aftaler mellem medarbejderne (Steighaug 2014). Men der er ikke fundet litteratur der har et ligeså bredt fokus som dette studie, og helt konkret undersøger kausalitetsforhold mellem vilkårene, og hvor stærke effekter de forskellige vilkår har på det tværfaglige samarbejde.

Kapitel 9 - Diskussion & perspektivering

Kapitlet er struktureret således, at diskussionen og perspektiveringen tager udgangspunkt i tre overordnede punkter. Disse punkter gennemgås i forlængelse af hinanden.

9.1. Bredt fokus på samarbejds- og kontekstvilkår på professions- og organisationsniveau

I dette studie har jeg skelnet mellem samarbejds- og kontekstvilkår, hvor jeg har haft et bredt fokus på disse. Fordelen ved dette *brede* fokus i studiet er, at det har muliggjort en udledning af sammenhængsforholdet mellem vilkårstyperne, deres styrkeniveau og deres totale effekt på det tværfaglige samarbejde. Det overordnede fund af, at vilkårene har en probabilistisk kausalitetseffekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde, er måske ikke i sig selv interessant, men det der *er* interessant ved dette studiets fokus er, at det har været muligt at udlede *hvordan* disse vilkår indvirker på hinanden, og *hvilke* vilkår der har den største effekt. Studiet er med til at åbne den ”black box” der er omkring, hvordan vilkår som *helhed* er med til at indvirke på det tværfaglige samarbejde i den primære sundhedssektor (Valentijn 2015). Studiet skal dermed forstås som et bidrag til integrated primary care litteraturen der prøver at danne et teoretisk- og metodisk framework for hvordan man deduktivt kan undersøge vilkår, og herudover et bidrag til den organisationssociologiske litteratur, der har negligeret dette mere overordnet perspektiv på vilkår for tværfagligt samarbejde i sundhedsvæsenet.

Ulempen ved det brede fokus er, at det er svagere til at forklare *hvorfor* de undersøgte vilkår har en effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde. Dette er derfor studiet skal ses, som stående på ryggen af den omfangsrige state-of-the-art litteratur (jf. kapitel 2), der kvalitativt og dybdegående undersøger specifikke vilkår. Denne litteratur danner nemlig baggrunden for dette studie, sammen med de forudgående kvalitative delstudier foretaget i forbindelse med studiet, og kan bruges til at forklare årsagsmekanismerne, i vilkårenes effekter på det tværfaglige samarbejde. Det brede fokus i dette studie skal dermed ikke ses som værende et overlegent perspektiv, men skal forstås som et negligeret perspektiv, der kan supplere det dominerende dybdegående perspektiv der er i den eksisterende litteratur på undersøgelsesområdet (Williams 2012:20). I forlængelse af dette kan fundet i analysen af, at de fire items i indekset for kontekstvilkårene på professionsniveauet samlet set er de vilkår med størst effekt på det tværfaglige samarbejde i den undersøgte setting, bruges til at inspirere den dybdegående litteratur til at fokusere på disse vilkår. Da der mangler mere viden om *hvorfor* de har den største effekt, og hvordan de både har en direkte effekt på det tværfaglige samarbejde, og en indirekte effekt der går igennem samarbejdsvilkårene på professionsniveau.

Fordelen ved at have skelnet mellem samarbejds- og kontekstvilkår på professions- og organisationsniveau i dette studie har været, at det har muliggjort en skelnen mellem *hvilken type af vilkår* på *hvilket analytiske niveau* har hvilken effekt og muliggjort en udredning af, hvordan disse forskellige vilkårstyper på forskellige analytiske niveauer indvirker på hinanden. Med denne skelnen har det været muligt at udlede, at de vilkår, der er en del af Forløbsmodellen (samarbejdsmodellen), er stærkt påvirket af de kontekstuelle vilkår, der *ikke* er en del af Forløbsmodellen. Dette er et vigtigt teoretisk fund i forhold til videreudviklingen af teoretiske- og metodiske frameworks, da det viser vigtigheden af at indtænke kontekstuelle vilkår, og samtidigt tage højde for kausalitetsforhold *mellem* vilkårene i disse frameworks.

I forhold til *indekseringen* af vilkårene viste det sig dog, at kontekstvilkårene på organisationsniveau ikke meningsfuldt kunne sammensættes. Denne mangel på intern reliabilitet mellem kontekstvilkårene på organisationsniveau åbner op for en diskussion om kompleksitet versus simplicitet i teoretiske- og metodiske frameworks af vilkår. I dette studie har jeg anvendt en teoretisk forståelse af kontekstvilkårene som værende interne, eksterne, strukturelle og processuelle, men i den analytiske undersøgelse har jeg for applicerbarhedens skyld ikke skelnet mellem disse 4 typer. Det kunne herved antages, at hvis jeg havde anvendt en mere kompleks analytisk forståelse af kontekstvilkårene på organisationsniveau, og skelnet mellem om de var interne, eksterne, strukturelle eller processuelle, så vil der have kunne dannes 8 forskellige indeks (4 for hvert analytiske niveau), med acceptabel intern reliabilitet.

Dilemmaet består her i, at målet er at danne et validt framework, der rummer de teoretiske kompleksiteter, der er indlejret i forståelsen af vilkårene, og samtidigt danne et reliabil framework, der er analytisk anvendelig og reproducerbar i praksis. Som pointeret, så er Valentijn mere fokuseret på at danne et reproducerbart og anvendeligt framework, mens jeg i dette studie har prøvet at danne et mere teoretisk-drevet analytisk framework. Men, som evident fra den manglende interne reliabilitet i indekset for kontekstvilkår på organisationsniveau, kunne det anvendte analytiske framework med fordel have været mere kompleks. Pointen er, at virkeligheden er ekstremt kompleks, og det vil være naivt at antage, at man kan konstruere et analytisk framework, der indfanger hele kompleksiteten ved vilkårene. Men man kan, som dette studie er et forsøg på, undersøge hvad fordelene og ulemperne er ved brugen af forskellige frameworks, og videreudvikle disse frameworks til at have en tilpas balance mellem simplicitet og kompleksitet, hvor man på en teoretisk forsvarlig måde deduktivt kan undersøge vilkår, og samtidigt have et framework, der rent faktisk kan anvendes og reproducere til forskellige settings.

I forhold til specifikke forslag til videreudviklingen af det anvendte analytiske framework i dette studie er disse som udgangspunkt møntet på, hvordan kontekstvilkårene kan forstås og undersøges. I forhold til organisationsniveauet er det interessant at skelne mellem interne, eksterne, strukturelle og processuelle

kontekstvilkår, og se om dette vil styrke den interne reliabilitet. Ellers kan en mulighed være, at hvert vilkår har sit eget indeks – f.eks. et ressource-indeks, et kompetence-indeks etc. Dette øger dog kompleksiteten i analysemodellen i kraft af flere items, og herved svækkes dets anvendelighed i praksis. En løsning på dette er at acceptere heterogeniteten af kontekstvilkårene på organisationsniveau og danne et *normativt* indeks, hvor de forskellige items blot adderes sammen uden hensyn til intern reliabilitet (som beskrevet i afsnit 6.1).

I forhold til professionsniveauet viste det sig, at faggruppe havde en effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde (dog forklaret af KV-P). Dette betyder, at forståelsen af kontekstvilkår på professionsniveauet også med fordel kan modificeres i videreudviklingen af det analytiske framework. Her kunne en mulighed være at have et samlet indeks, som i dette studie, for de interne, eksterne, strukturelle og processuelle kontekstvilkår på medarbejderniveauet, og herudover inddrage andre baggrundsvARIABLE, som f.eks. alder, køn og faggruppe som selvstændige variable i analysemodellen.

9.2. Medarbejderne og ledernes *oplevelse* af vilkårene og det tværfaglige samarbejde

I dette studie har jeg anvendt medarbejderne og ledernes *oplevelse* af vilkårene til at undersøge vilkårene, mens jeg har anvendt, medarbejdernes *oplevelse* af det tværfaglige samarbejde til at undersøge det tværfaglige samarbejde som outcome. I forhold til anvendelsen af medarbejderne og ledernes oplevelse af *vilkårene*, er der tidligere i studiet blevet argumenteret for relevansen af dette (jf. afsnit 4.2, type af data). Men i forlængelse af den forudgående diskussion af kontekstvilkårene på organisationsniveau, kunne en mulighed også have været at undersøge disse kontekstvilkår på organisationsniveau som *objektive data*, i stedet for ledernes oplevelse af dem. I studiet kunne der f.eks. have været indhentet faktiske tal på enhedernes ressourcer, personaleomsætning og evt. et objektivi mål for medarbejdernes kompetencer (kompetence-tests eller lign.), men dette har været fravalgt af praktiske hensyn.

Med henblik på videreudviklingen af det analytiske framework vil der derfor advokeres for, at kontekstvilkårene på organisationsniveau med fordel kan undersøges som objektive data, i stedet for subjektive data. Argumentationen for, at kontekstvilkårene på organisationsniveau kan undersøges som objektive data, mens de tre andre vilkårstyper kan undersøges som subjektive data, skyldes kontekstvilkårene på organisationsniveaus konceptuelle adskillelse fra de tre andre vilkårstyper. Vilkårene på professionsniveau er medarbejdernes internalisering af de faktiske vilkår, i den dialektiske proces mellem de faktiske vilkår og medarbejdernes oplevelse af dem, hvorfor medarbejdernes *oplevelse* af disse vilkår, er det vigtige på professionsniveauet. Vilkårene på organisationsniveau er de *faktiske vilkår*, som medarbejderne internaliserer på professionsniveauet.

Grunden til, at samarbejdsvilkårene på organisationsniveauet er interessant at undersøge ved ledernes oplevelse af de faktiske vilkår, og kontekstvilkårene på organisationsniveauet måske i mindre grad er, skyldes, at samarbejdsvilkårene relatere sig til samarbejdsmodellen. Da vilkårene, der er en del af samarbejdsmodellen, er kommunikeret til medarbejderne *gennem lederen*, er det lederens oplevelse af disse vilkår, der er interessante. F.eks. kan de faktiske vilkår i forhold til samarbejdsmodellen være gode, men hvis lederen oplever disse vilkår som værende dårlige, kan det logisk antages, at medarbejderne oplever at arbejde under dårlige samarbejdsvilkår. Medarbejdernes ”faktiske vilkår” i forhold til samarbejdsmodellen er herved i højere grad determineret af ledernes *oplevelse* af vilkårene, end af de faktiske vilkår.

Denne pointe er en teoretisk antagelse. Den kan med fordel undersøges nærmere, men pointen skal ses som værende understøttet af den dokumenterede variation i ledernes besvarelse i indekset for samarbejdsvilkår på organisationsniveau. Dette på trods af, at alle enheder i Sundhed og Omsorg anvender Forløbsmodellen, og herved har de samme faktiske vilkår i forhold til samarbejdsmodellen. I modsætning til samarbejdsvilkårene på organisationsniveau, er kontekstvilkårene på organisationsniveau ikke på samme måde kommunikeret til medarbejderne gennem lederen. Givet medarbejderne i deres dagligdag konstant er eksponeret for de faktiske vilkår, er det netop disse vilkår, de indgår i et dialektisk forhold til, og ikke ledernes italesættelse af vilkårene. Ud fra studiets resultater og ovenstående diskussion kan samarbejdsvilkårene på organisations- og professionsniveau samt kontekstvilkårene på professionsniveau derfor med fordel undersøges ved subjektive data, mens kontekstvilkårene på organisationsniveau med fordel kan undersøges ved objektive data. Det kan bemærkes, at kontekstvilkårene på organisationsniveau også er medieret af kognitive filtre, der f.eks. kan påvirkes af medarbejdernes ledere, men som argumenteret for, så vil kontekstvilkårene på organisationsniveau i mindre grad være påvirket af disse (Williams 2012:29).

I forhold til anvendelsen af medarbejdernes oplevelse af det *tværfaglige samarbejde*, som outcome-mål for effekten af vilkårene, kunne dette også have været undersøgt med objektive data. Valentijn henviser i RMIC-frameworket til, at effekten af vilkår kan måles på tre outcome-mål: lavere omkostninger, forbedret sundhed i populationen og forbedret omsorg og pleje (Valentijn 2016). Antagelsen er her, at vilkårene har en effekt på det tværfaglige samarbejde, og at bedre tværfagligt samarbejde har en positiv indvirkning på de tre outcome-mål.

En undersøgelse af denne antagelse har selvsagt været uden for dette studiets fokusområde, men kunne være relevant at inddrage i videreudviklingen af det analytiske framework. Forstået som, at jeg i dette studie har anvendt et proxy-mål for det tværfaglige samarbejde som outcome med en antagelse om, at

bedre tværfagligt samarbejde er faciliterende for det intra-kommunale sundhedsvæsen. Selvom denne antagelse måske virker intuitiv og åbenlyst, er der i dette studie ikke blevet empirisk undersøgt, *hvorfor* bedre tværfagligt samarbejde er faciliterende for det intra-kommunale sundhedsvæsen. Dette vil kunne gøres ved at inddrage de tre objektive outcome-mål, som Valentijn fremhæver, og herfra anvende det analytiske framework til at undersøge sammenhængen mellem vilkårene og de tre outcome-mål, i stedet for blot at anvende et proxy-mål for det tværfaglige samarbejde.

9.3. Studiet i et praksisperspektiv & videre forskning

For at forstå, hvad dette studies bidrag er til i praksis og herved udførelsen af tværfagligt samarbejde i rehabiliteringsprojekter i en intra-kommunal setting, er det først vigtigt at forstå policy-litteraturen, der dikterer denne praksis. For at give et indblik i hvilket fokus policy-litteraturen har, kan paragraffen fra serviceloven, der omhandler rehabilitering (83a), hjælpe (paragraffen findes i bilag 1 (s. 110)).

Paragraf 83a har et stærkt fokus på selve rehabiliteringsforløbet, og hvordan dette rehabiliteringsforløb skal være struktureret. Konsekvensen af dette er, at den danske policy-litteratur, der omhandler rehabiliteringsprojekter, ligeledes har fokus på selve rehabiliteringsforløbet og samarbejdsmodellerne, der strukturerer disse rehabiliteringsforløb (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011, Socialstyrelsen 2014). Givet lovgivningen, og policy-litteraturen omkring lovgivningen, har fokus på rehabiliteringsforløb og samarbejdsmodeller for rehabiliteringsforløb, så har kommunerne i praksis også et stort fokus på implementeringen og udviklingen af disse samarbejdsmodeller. Problemet ved dette er, hvis vi tager dette studies resultater og udledninger i betragtning, at de vigtigste vilkår ikke er dem, der er en del af samarbejdsmodellen men derimod kontekstvilkårene, der danner fundamentet for det tværfaglige samarbejde. Problemet er herved, at policy-litteraturen og kommunerne har fokus på at skabe de bedst strukturerede og omfattende samarbejdsmodeller/interventioner, der kan bruges til at rammesætte det tværfaglige samarbejde – men det er i virkeligheden de fundamentale vilkår (tid til at prioritere det tværfaglige samarbejde, tillid blandt medarbejderne, understøttelse fra lederne og en elektronisk patientjournal, der understøtter samarbejdet), der har den største effekt på, hvor velfungerende det tværfaglige samarbejde er i den undersøgte setting.

I et praksisperspektiv kan dette studie dermed bruges til at belyse, hvorfor der i de fleste tilfælde stadig opleves store udfordringer i det tværfaglige samarbejde, selvom det tværfaglige samarbejde er organiseret af velstrukturerede og gennemarbejdede samarbejdsmodeller (Pedersen 2015). På samme måde som det er afgørende, at man sikrer et godt fundament for et hus, før man begynder at bygge og indrette det, så er det afgørende, at kommunerne i praksis sikrer gode kontekstvilkår, før de fokuserer på at optimere og

standardisere samarbejdsmodeller – men begge dele er stadigvæk vigtige for at sikre velfungerende tværfagligt samarbejde i rehabiliteringsprojekter.

I forhold til selve det analytiske framework vil dette også kunne være et værdibart instrument for kommunerne i praksis. Da vilkår varierer fra kontekst til kontekst, kan det sekventielle analytiske framework med fordel bruges til at undersøge hvilke vilkår, der er de vigtigste i en given setting, og herfra bruges til at undersøge hvilke effekter vilkårene har på det tværfaglige samarbejde (eller de tre outcome-mål som Valentijn fremhæver). Der vil herudover i praksis advokeres for at anvende det analytiske framework i et longitudinelt studie, hvor der er muligt at følge forskellige tiltags indvirkninger på vilkårene, og herved om de iværksatte tiltag virker eller ej (og om en forbedring af vilkårene fører til en forbedring af outcome-målene). I et praksisperspektiv kan det analytiske framework dermed anses som et diagnose-værktøj, der kan bruges til at analysere vilkårene for den givne setting, og herfra bruges til at optimere vilkårene for det tværfaglige samarbejde (Valentijn 2015:146).

Med henblik på den videre forskning, er der allerede blevet fremført forslag til modificeringer af det analytiske framework. Foruden disse modificeringer vil det være interessant at inkludere de to udeladte analytiske niveauer (system- og serviceniveauet) og undersøge, hvorledes disse interagerer med de andre analytiske niveauer. Især systemniveauet synes at være interessant for den undersøgte setting, hvor relevansen af systemniveauet kan forstås i forlængelse af diskussionen om implikationerne for praksis. Det politiske fokus på selve rehabiliteringsforløbet, hvilket bevirker et kommunalt fokus på samarbejdsmodeller, kan nemlig forstås som et vilkår på systemniveauet. Herudover kunne der eksempelvis også nævnes den iboende kamp mellem to styringsparadigmer i Forløbsmodellen, som et systemniveau vilkår, der har en indvirkning på det tværfaglige samarbejde – hvor de to styringsparadigmer er henholdsvis New Public Management med et fokus på standardisering og time-management, og New Public Governance med et fokus på tværfagligt samarbejde og borgerinddragelse (Torfing & Triantafillou 2017). Dette er blot eksempler. En længere diskussion af de to udeladte analytiske niveauer, vil kræve en undersøgelse i sig selv.

I forhold til den videre forskning i relation til state-of-the-art litteraturen understreger dette studie relevansen af de fremhævet dybdegående kvalitative studier i kapitel 2. Der er stadigvæk brug for at blive forsket i specifikke vilkår på de enkelte analytiske niveauer for at udlede, hvilke årsagsmekanismer de enkelte vilkår har. Dette vil sige, at de fremhævede perspektiver, såsom professionsperspektivet, ledelsesperspektiver, implementeringsperspektiver, eller andre økonomiske, sociologiske og politiske perspektiver, stadig er yderst relevante for undersøgelsesområdet (Williams 2012:18). Men dette studie understreger også relevansen af et bredere perspektiv, hvor der dannes et teoretisk- og analytisk

framework for, hvordan vilkår *som helhed* kan forstås og undersøges, da dette er et svært brugbart perspektiv, der er blevet negligeret i state-of-the-art litteraturen. Den videre forskning på undersøgelsesområdet vil derfor være mere berigende, hvis der er et større fokus på at balancere disse to overordnede perspektiver (dybdegående og bred) og anvende dem i sammenspil med hinanden i stedet for, at overvægten af litteraturen kun fokuserer på det dybdegående perspektiv.

Afslutningsvis kan studiets analytiske generaliserbarhed diskuteres. Som udgangspunkt vil denne være begrænset af, at det analytiske framework er skræddersyet til den undersøgte setting, men hvis vi konsulterer litteraturen på undersøgelsesområdet, er der evidens for, at hvis man forbedrer det intra-organisatoriske samarbejde, vil dette kunne spredes til det inter-organisatoriske samarbejde (Gittel & Weiss 2004). Dette vil sige, at de udledninger der har været i dette studie i forhold til det *tværfaglige samarbejde*, vil kunne spredes og herved bruges til at forstå og forbedre vilkårene for det *tværsektorielle samarbejde*. Selve det analytiske framework skal heller ikke ses som værende begrænset til at omhandle intra-kommunale rehabiliteringsprojekter, men derimod alle former for tværfagligt samarbejde i sundhedsvæsenet, der er struktureret af samarbejdsmodeller.

Kapitel 10 - Konklusion

I dette speciale er 'vilkår', som sociale mekanismer, blevet undersøgt, for at udlede hvilken effekt de har på det sociale fænomen 'tværfagligt samarbejde'. Til at undersøge dette, er følgende problemformulering blevet anvendt: *hvordan kan vilkår for tværfagligt samarbejde forstås og undersøges, og hvilken effekt har vilkårene på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde?* Problemformuleringen er blevet undersøgt ved brug af et sekventielt analysedesign, med et endeligt kvantitativt sample på 498 medarbejdere og 27 ledere fra de tre primære enhedstyper: plejehjem, hjemmeplejeteams og sundhedsenheder, i Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune. Jeg har i specialet anvendt et analytisk framework, som er inspireret af integrated primary care litteraturen, og herunder de to teoretiske- og metodiske frameworks RMIC og iCOACH, til at forstå og undersøge vilkårene for det tværfaglige samarbejde. Det anvendte analytiske framework skelner mellem to forskellige typer af vilkår: samarbejdsvilkår (vilkår der er en del af samarbejdsmodellen) og kontekstvilkår (vilkår der *ikke* er en del af samarbejdsmodellen), der opererer på to forskellige analytiske niveauer: organisations- og professionsniveauet. Til at undersøge vilkårenes effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde, er der blevet anvendt tre arbejdsspørgsmål:

- (1) Eksisterer der en *vertikal sammenhang*, forstået som en co-varians, internt i henholdsvis samarbejdsvilkårene og kontekstvilkårene?
- (2) Eksisterer der en *horisontal sammenhang*, forstået som et kausalitetsforhold mellem samarbejds- og kontekstvilkårene, hvor kontekstvilkårene har en effekt på samarbejdsvilkårene, på henholdsvis organisations- og professionsniveauet?
- (3) Hvilke vilkår har de største effekter på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde?

Konklusionen af det første arbejdsspørgsmål er, at der både eksisterer en co-varians indenfor samarbejdsvilkårene, og indenfor kontekstvilkårene. Hvor co-variansen indenfor samarbejdsvilkårene primært er et resultat af, at kontekstvilkårene har en kausalitetseffekt på samarbejdsvilkårene, hvorfor co-variansen indenfor samarbejdsvilkårene kan forstås som en afledt effekt af co-variansen indenfor kontekstvilkårene.

Konklusionen af det andet arbejdsspørgsmål er, at kontekstvilkårene har en kausalitetseffekt på samarbejdsvilkårene, der især er prominent på professionsniveauet, mens den er mere moderat på organisationsniveauet.

Konklusionen af det tredje arbejdsspørgsmål er, at det dannede indeks for kontekstvilkårene på professionsniveauet, og det dannede indeks for samarbejdsvilkårene på professionsniveauet, har de største effekter på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde. Hvor indekset for

kontekstvilkår på professionsniveauet teknisk set har den største effekt, da den også har en effekt på indekset for samarbejdsvilkår på professionsniveauet, hvilket betyder at indekset for kontekstvilkår på professionsniveauet både har en direkte og *indirekte* effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde.

Med et bredt fokus på vilkår for tværfagligt samarbejde, har dette studie været med til at belyse sammenhængen og styrkeforholdet mellem forskellige typer af vilkår, på forskellige analytiske niveauer, og hvilken effekt disse vilkår samlet set har på tværfagligt samarbejde. Ud fra analyserne, og konklusionerne fra de tre arbejdsspørgsmål, er dette studie med til at bidrage til både den videnskabelige og praksisnære litteratur på undersøgelsesområdet. I forhold til praksis har dette studie været med til at vise hvor vigtige fundamentale kontekstuelle vilkår er for det tværfaglige samarbejde, hvorfor policy- og praksislitteraturen burde fokusere mere på at skabe grundlæggende gode vilkår for det tværfaglige samarbejde, i stedet for at have fokus på samarbejdsmodeller og nye interventioner. I forhold til den teoriorienterede litteratur, har dette studie været med til at vise relevansen af et sekventielt analysedesign, og anvendelsen af *forskellige typer* af vilkår på *forskellige analytiske niveauer*, i undersøgelsen af vilkår for tværfagligt samarbejde. Herudover har det været med til at vise relevansen af et *bredt fokus* på tværfagligt samarbejde, og hvordan et bredt deduktivt fokus kan drage nytte af den omfangsrige dybdegående kvalitative litteratur, der allerede eksisterer på undersøgelsesområdet. Studiet har desuden belyst og diskuteret problematikken i at konstruere et analytisk framework, der er kompleks nok til at kunne rumme de teoretiske antagelser i kontekst- og vilkårsteorien, og samtidigt simpel nok til meningsfuldt at kunne genere relevant empirisk data, der kan anvendes og fortolkes i praksis.

Opsummerende har studiet undersøgt problemformuleringen med en probabilistisk kausalitetsforståelse, hvorfor studiet skal ses som en belysning af problemformuleringen, og ikke et endegyldigt svar på den. I forhold til den videre forskning i forlængelse af studiet, kunne problemformuleringen med fordel nærmere undersøges ved at anvende de foreslået modificeringer og tilføjelser til det analytiske framework, og herudover anvende det analytiske framework i et longitudinelt studie, hvor vilkårene og det tværfaglige samarbejde kan undersøges over tid.

Kapitel 11 - Litteraturliste

- Antoft, R. & Salomonsen, H. H. (2012): "Det kvalitative casestudium" i Antoft, R. et. al. (red.) (2012): *Håndværk & Horisonter – tradition og nytænkning i kvalitativ metode*
- Auschra, C. (2018): *Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review*
- Axelsson & Axelsson (2009): *From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership*
- Bell, J. et. al. (2013): *Bridging disciplines in alliances and networks: in search for solutions for the managerial relevance gap.*
- Birkeland, A et. al. (2017): *Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study*
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design.*
- Carstensen, K. et. al. (2019): *Welfare professions as heroes: Institutional work in Danish elderly care.* Under udarbejdelse
- Danmarks Statistik (2018): *Befolkningsfremskrivninger 2018-2060*
- Daft, R. L. et. al. (2010): *Organization theory and design.*
- Das, T. K. & Teng B. (1998): *Between trust and control: developing confidence in partner cooperation in alliances.*
- De Man, A. & Roijakkers, N. (2009): *Alliance governance: balancing control and trust in dealing with risk.*
- Denis, J.L. et. al. (2016): 'Professional agency, leadership and organizational change'. I Dent, M. et. al. (red.): *Routledge companion to the professions and professionalism.*
- Dent, M. et. al. (2016). "General introduction: The changing world of professions and professionalism." I Dent, M. et. al. (red.): *Routledge companion to the professions and professionalism.*
- de Vaus, D. (2014): *Surveys in Social Research.*
- Dopson, S. et. al. (2008): *Understanding Change and Innovation in Healthcare Settings: Reconceptualizing the Active Role of Context*
- Dopson, S. & Fitzgerald, L. (red.) (2005): *Knowledge to action? Evidence-based health care in context*
- Dormann, C. F. (2013): *Collinearity: a review of methods to deal with it and a simulation study evaluating their performance*
- Duner, A (2013): *Care planning and decision-making in teams in Swedish*

elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries

Døssing, A. (2018): *Sygeplejersker som "organisatorisk lim" i sundhedsvæsenet*

Elster, J. (2007). *Explaining social behavior: More nuts and bolts for the social sciences.*

Evans, JM. et. al. (2017): *Organizational Context Matters: A Research Toolkit for Conducting Standardized Case Studies of Integrated Care Initiatives*

Frederiksen, M. (2014): "Mixed methods-forskning – fra praksis til teori" i Frederiksen, M. et. al. (red.) (2014): *Mixed methods-forskning. Principper og praksis*

Gittell, J. H. (2011). "New directions for relational coordination theory." i *Oxford handbook of positive organizational scholarship.*

Gittell & Weiss (2004): *Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-level Framework*

Gliem, J. A. & Gliem, R. R. (2003): *Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales.*

Gustafsson, J. (2007): "Lederskab i interorganisatoriske netværk for folkehälsa och välfärd" i R. Axelsson og S. B. Axelsson (red.) (2007): *Folkhälsa i samverkan, Studentlitteratur*

Hallett, T. & Ventresca, M.J. (2006): *Theory and Society*

Hariri, J. G. (2012): *Kausal inferens i statskundskaben*

Hedström, P. (2005). *Dissecting the social: On the principles of analytical sociology.*

Hedström, P., & Ylikoski, P. (2010). *Causal mechanisms in the social sciences.*

Hjortbak, BR. et. al. (2011): *Udfordringer til rehabilitering i Danmark.*

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): *Vejledning til kommunal rehabilitering.*

Jacobsen, D. I. & J. Thorsvik (2013): *Hvordan organisationer fungerer.*

Jakobsen, R. G. (2016): "Kommuner overtager behandling fra sygehuse" i KL.

Johansson, G et. al. (2010): *Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review.*

Kjellberg, J. & Ibsen, R. (2012): *Træning som hjælp. Økonomievaluering*

Kjellberg, J. & Ibsen, R. (2016A): *Rehabiliterende hjemmepleje efter Egedal-modellen*

- Kjellberg, J. & Ibsen, R. (2016B): *Rehabiliterende hjemmepleje efter Roskilde-modellen*
- Kjellberg, P. K. (2011): *Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008-2010*
- Kjellberg, P. K. (2012): *Træning som hjælp. Tidlige projekterfaringer fra Odense Kommune*
- Kjellberg, P. K. et. al. (2013): *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*
- Kjellberg, P. K. & Graff, L (2017): *Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen – Hvad kan vi lære af danske studier*
- Kjellberg, P. K. & Navne (2013): *Aktiv i din Hverdag i Hillerød Kommune*
- Kline, R. B. (2005). *Methodology in the social sciences. Principles and practice of structural equation modeling*
- Kraft, M. et. al. (2014): *The health care professionals' perspectives of collaboration in rehabilitation – an interview study.*
- Kuhlmann, E. et. al. (2009): *Professional Governance and Public Control: A Comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany*
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Interview – introduktion til et håndværk*
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014): *Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*
- Lauritzen, H. H. et. al. (2017): *Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner*
- Layder, D. (1998): *Sociological Practice: Linking Theory and Social Research.*
- Lee, K. et. al. (2010): *Does Collocation Inform the Impact of Collaboration?*
- Leutz, WN (1999): *Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom.*
- Lyngsø, AM. et. al. (2014): *Instruments to access integrated care: A systematic review*
- MacKinnon, D. P. (2010): *Equivalence of the Mediation, Confounding and Suppression Effect*
- Madsen, M. H. et. al. (2014): *Gør Borgeren til Mester i Esbjerg Kommune*
- Madsen, S. B. & Burau, V. (2018): *Relational coordination in inter-organizational settings. How does lack of proximity affect coordination between hospital-based and community-based healthcare providers?*
- Malchow-Møller, N. & Würtz, A. (2010): *Indblik I statistik – for samfundsvidenskab*

- MarselisborgCentret (2004): *Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*
- Masso, M (2014): *Mechanisms which help explain implementation of evidence-based practice in residential aged care facilities: a grounded theory study.*
- Meier, N. et. al. (2016). *Ledelse på tværs: Kunsten at skabe sammenhængende patientforløb.*
- Moe, A & Brataas HV (2016): *Interdisciplinary collaboration experiences in creating an everyday rehabilitation model: a pilot study.*
- Moe, C. & Brinchmann BS (2017): *Tailoring reablement: A grounded theory study of establishing reablement in a community setting in Norway.*
- Moran, A et. al. (2015): *Mechanisms to enhance the effectiveness of allied health and social care assistants in community-based rehabilitation services: a qualitative study.*
- Noordegraaf, M. (2011). *Risky business: How professionals and professional fields (must) deal with organizational issues.*
- O'Brien, R. M. (2007): *A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors*
- O'Doherty E (2013): *Nurses' role in care home rehabilitation*
- Pedersen, G. (2015): *Aktiv Hver Dag – hverdags rehabilitering i Social Omsorg Hedensted Kommune.*
- Petersen, A et. al. (2017): *Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommuners arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?*
- Rabiee, P & Glendinning, C (2011); *Organisation and delivery of home care re-ablement: What makes a difference?*
- Rambøll (2016): *Hovedrapport - Innovationspartnerskaber om rehabilitering*
- Rambøll (2017): *Praksisundersøgelse af servicelovens paragraf 83A.*
- Randström, KB. (2014): *Working with 'hands-off' support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people.*
- Rostgaard, T. & Lea Graff (2016): *Med hænderne i lommen – Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering*
- Sandström, U. et. al (2004): *Inter-organisational integration for rehabilitation in Sweden - variation in views on long-term goals.*

- Schreiber, J. B. et. al. (2010): *Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review*
- Scott, W. R. (2008): *Institutions and Organizations: Ideas and Interests*
- Siren, A. et. al. (2015): *"Øvelse gør mester" i Næstved Kommune - Evaluering af livskvalitet i forbindelse med et rehabiliteringsforløb på plejecentre*
- Smith-Carrier, T & Neysmith, S (2014): *Analyzing the interprofessional Working of a Home-based Primary Care Team.*
- Socialstyrelsen (2014): *Rehabilitering på aldreområdet – inspiration til kommunal praksis.*
- Stanmore, E & Waterman, H. (2007): *Crossing professional and organizational boundaries: the implementation of generic rehabilitation assistants within three organizations in the northwest of England.*
- Steighaug, S. (2014): *Development of a model for organisation of and cooperation on home-based rehabilitation - an action research project.*
- Streiner, D. L. (2005): *Finding Our Way: An Introduction to Path analysis*
- Ståhl, C et. al. (2011): *From cooperation to conflict? Swedish rehabilitation professionals' experiences of interorganizational cooperation.*
- Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune (2018): *Forløbsmodellen trin for trin*
- Sundhedsdatastyrelsen (2018): *Borgere med multisygdom*
- Sønderskov, K. M. (2014): *Stata – en praktisk introduktion*
- The Health Foundation (2014): <https://www.health.org.uk/newsletter/what-context-and-why-does-it-matter>
- Tonnesen, M et. al. (2012): *Grib Hverdagen. Slutevaluering.*
- Torfig, J. & Triantafillou, P. (2017): 'Introduktion – New Public Governance på dansk', in Torfig, J. & Triantafillou, P. (2017). *New Public Governance – på dansk.*
- Treiman, D. J. (2009): *Quantitative data analysis. Doing social research to test ideas.*
- Turner, JH. (1986): *The theory of structuration*
- Valentijn, P. (2015): *Rainbow of Chaos – a study into the theory and practice of integrated primary care*

- Valentijn, P. et. al. (2016): *Value-based integrated (renal) care: setting a development agenda for research and implementation strategies*
- Valentijn, P (2018): "Integration as seen through the eyes of patients and healthcare providers" i Jadad, A. R. et. al.: *Trusted Networks: The key to achieve world-class health outcomes on a shoestring*
- Wad, P. (2015): "Realistisk videnskabsfilosofi og kritisk realisme" i Jacobsen, M. H. et. al. (red.) (2015): *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*.
- Walker, BB. & Collins, CA. (2009): *Developing an Integrated Primary Care Practice: Strategies, Techniques, and a Case Illustration*
- White, MJ. et. al. (2013): *A pilot for understanding interdisciplinary teams in rehabilitation practice*.
- Williams, P. (2012): *Collaboration in public policy and practice. Perspectives on boundary spanners*.
- Williams, R. (2015): *Nonrecursive Models – Highlights*.
- Wodchis, WP. et. al. (2018): *A Research Program on Implementing Integrated Care for Older Adults with Complex Health Needs (iCOACH): An International Collaboration*
- World Health Organization (1978): *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization*.
- Zhao, X. et. al. (2010): *Reconsidering Baron and Kenny: Myths and Truths about Mediation Analysis*.

Kapitel 12 - Appendix & Bilag

Appendix – Kvalitativ analyse

Der vil i dette appendix være en kvalitativ analyse, hvor de udledte kontekstvilkår vil blive beskrevet. Der er i alt blevet udledt 4 kontekstvilkår på professionsniveauet, og 5 kontekstvilkår på organisationsniveauet. Da det i kapitel 6 vil vise sig, at indekset for kontekstvilkår på organisationsniveauet *ikke* er meningsfuldt at konstruere, vil de 3 kontekstvilkår, der danner dette indeks, være udeladt fra dette kapitel. Disse tre kontekstvilkår på organisationsniveauet er helholdsvis enhedens ressourcer, medarbejdernes kompetencer i enheden og enhedens personaleomsætning.

Afsnittet er struktureret således, at hvert kontekstvilkår analyseres hver for sig. Der startes med de fire udledte kontekstvilkår på professionsniveauet, hvorefter de to udledte kontekstvilkår på organisationsniveauet analyseres. Grundet dette studies brede fokus vil analysen ikke være dybdegående, men har til formål at give et indblik i ræsonnementet bag udledningen af kontekstvilkårene, og hvordan disse udledte kontekstvilkår kan forstås i relation til den omfangsrige eksisterende litteratur, hvori der er mere dybdegående beskrivelser.

Understøtter den elektroniske patient journal (CURA) det tværfaglige samarbejde?

CURA blev implementeret i 2017, og er den elektroniske patient journal der bruges i Sundhed og Omsorg, Aarhus kommune. CURA bliver nævnt i samtlige interviews og observationer som et vilkår, der primært er hæmmende for det tværfaglige samarbejde. De hæmmende aspekter ved CURA kan opsummeres i tre overordnede punkter: dets kompleksitet, dets manglende funktioner og dets øgede dokumentationskrav. Lederen af et plejehjem i område A italesætter kompleksiteten af CURA således:

”IN: Tænker du, at problemerne ved CURA er, fordi den er ny, og man lige skal lære den - eller tænker du CURA i sig selv er så komplekst, at det besværliggør arbejdet? IP: Det jo en kombination, men vi kan også se, at der er rigtig mange temaer, man skal ind under og forholde sig til. Når man klikker 1 felt op, så kan man ikke bare lave en fritekst... Så skal du ned og forholde dig til noget, og så skal du ind i noget andet. Der mangler noget flow i det system på en eller anden måde, en måde at få et hurtigere overblik. Vi mangler borgeroverblikket på en helt anden måde. Det er jo svært at sige om det er fordi, vi ikke er dygtige nok til det endnu... Jeg synes bare at når vi nørder ned i noget, så er det bare meget, meget omstændig. Meget omstændig.” (leder, plejehjem, område A).

Hvad lederen henviser til her er, at udfordringerne ved CURA både skyldes dens kompleksitet, og at det er en forholdsvis ny implementering. At det tager tid at gøre sig bekendt med et nyt implementeringstiltag, kan forstås i henhold til dette studiets teoretiske forståelse af konteksten som værende *enacted* – den er

dynamisk, dialektisk og foranderlig af natur. Øget eksponering og kendskab til CURA (eller at de bliver dygtigere, som lederen henviser til) kunne herved antages at gøre CURA til et mere faciliterende vilkår med tiden. Men denne pointe er ikke videre interessant for dette studie, da jeg i studiet analytisk forstår vilkårene som værende *stabile*, og herved søger en forståelse af CURA som et vilkår *lige nu*.

I forhold til punktet om CURA's manglende funktioner kan et citat fra lederen i sundhedsenheden i område B hjælpe med at illustrere:

”IP: Altså det jeg tror, vi savner i CURA er et afsnit, hvor vi kunne skrive omkring vores rehabilitering. Så man ikke skal ind og finde det forskellige steder og sende beskeder, men at man ligesom havde et rehabiliteringsrum i CURA, hvor man skrev, og hvor man også kunne få hjælperne på banen for at skrive.” (leder, sundhedsenhed, område B)

Det lederen af sundhedsenheden henviser til her er, at CURA ikke har funktioner, der understøtter den tværfaglige koordinering, der er nødvendig for at kunne arbejde rehabiliterende. Syge- og sundhedspersonalet har brug for feedback fra SOSU'erne, så de har styr på borgerens funktionsevne, og kan tilrettelægge skræddersyede borgerplaner. Hvis denne tværfaglige koordinering, der skal foregå gennem CURA, brister, så er det ikke muligt for medarbejderne at arbejde rehabiliterende – da de ikke har information om borgerens funktionsevne, og hvilke indsatser der dermed kan rehabilitere borgeren.

I forhold til CURA's høje dokumentationskrav, bliver dette opfattet som en tidssluger af medarbejderne (fokusgruppe, hjemmepleje, område B). Og da medarbejderne føler, at de bliver nødt til at prioritere denne dokumentation, får dette en negativ konsekvens for det udførende arbejde samt det tværfaglige samarbejde (fokusgruppe, hjemmepleje, område A).

Opsummerende øger CURA's kompleksitet og høje dokumentationskrav medarbejdernes tidsforbrug på det administrative, og mindsker tidsforbruget til leveringen af ydelser og det tværfaglige samarbejde. Mens CURA's manglende funktioner besværliggør kommunikationen mellem de samarbejdende medarbejdere, hvilket igen indvirker negativt på det tværfaglige samarbejde. Fundet af, at den elektroniske patientjournal (EPJ) er et vigtigt kontekstvilkår, er ikke overraskende, hvis vi kigger på den eksisterende litteratur. EPJ er fremhævet som et vigtigt vilkår i både RMIC-frameworket og iCOACH-frameworket, hvor den i iCOACH-frameworket er italesat som et strukturelt vilkår (Valentijn 2015, Evans. et. al. 2017). Herudover er EPJ som vilkår hyppigt blevet fremhævet i state-of-the-art litteraturen, hvor der bliver henvist til at EPJ'er skal være ensartede for de samarbejdende medarbejdere, være understøttende for det tværfaglige samarbejde og være let tilgængelig (Masso 2014, Steighaug 2014, Moe & Brataas 2016, Moe & Brinchmann 2017).

CURA vil undersøges som et kontekstvilkår på professionsniveau, da der kan være forskelle mellem medarbejderne i, hvorvidt de oplever CURA som understøttende for det tværfaglige samarbejde. I en observation blev det blandt andet italesat, at SOSU'erne måske havde sværere ved CURA, hvorfor der kan være forskelle mellem faggrupperne i deres oplevelse af CURA som vilkår (observation, plejehjem, område A). CURA som vilkår er herved bestemt på medarbejderniveauet, og vil derfor undersøges sådan.

Understøtter ledelsen medarbejderne i det tværfaglige samarbejde?

I Valentijns RMIC-framework bliver understøttelse fra ledelsen fremhævet som et vilkår på professionsniveauet, der kan have en stor indvirkning på det tværfaglige samarbejde (Valentijn 2015:30). Valentijn henviser til, at understøttelse fra ledelsen har en vigtig rolle i forhold til at skabe fælles mål, vision og en kultur, der er modtagelig overfor det tværfaglige arbejde (ibid.). I forlængelse af dette henviser Valentijn til, at ledere, der er synlige og til stede overfor medarbejderne, er med til at inspirere og mobilisere medarbejderne til at være engageret i det tværfaglige samarbejde (ibid.:51). Dette vil sige, at hvorvidt medarbejderne oplever ledelsen understøtter dem i det tværfaglige samarbejde, kan forstås som et kontekstvilkår på professionsniveauet. Dette vilkår er meget tydelig i den kvalitative undersøgelse, og understøttelse fra ledelsen, eller mangel på understøttelse ledelsen, bliver nævnt som et presserende vilkår i alle tre typer af enheder, i begge områder. En medarbejder fra et plejehjem i område A omtaler, hvordan understøttelse fra ledelsen er faciliterende for det tværfaglige samarbejde:

”IN: Hvordan oplever I opbakningen fra jeres leder? IP: Jeg synes, at lige nu har det været hende, der har skubbet på ift. det her med at nu skal vi have struktur på det. Vi har arbejdet med [det tværfaglige samarbejde i Forløbsmodellen], men det er blevet ”gangsnak”. Det har altså ikke været struktureret. Der er det helt klart hende, hvor vi har sat os ned og snakket om, hvordan kan vi gøre det for at prøve på at implementere det bedre. Jeg tænker også, at det også er et stort ønske for hende, at hun gerne vil gøre noget og hjælpe os til at få det passet ind. ” (fokusgruppe, plejehjem, område A)

I citatet fremgår det tydeligt, hvordan medarbejderens leder er engageret, og ”det er et stort ønske for hende” at få det tværfagligt samarbejde til at fungere. Lederen er herved en positiv driver for det tværfaglige samarbejde i form af hendes understøttelse. Især hendes fokus på, at få medarbejderne til at konkretisere og strukturere deres tværfaglige opgaver, er et faciliterende vilkår for det tværfaglige samarbejde. Et citat fra hjemmeplejen i område B giver et indblik i den anden ende af spektret, hvor en mangel på understøttelse fra ledelsen er med til at skabe apati blandt medarbejderne:

”IN: Nu tænker jeg, nu snakker du lidt om opbakningen fra ledelsen, hvordan synes I den generelt har været? IP: Nogle af os havde [et introducerende kursus til Forløbsmodellen, og det tværfaglige samarbejde, fra lederen],

og det gjorde, at man forstod det bedre... Man går jo ind i [det tværfaglige samarbejde] på en anden måde, når man ved hvad det handler om, ellers tænker man bare: ”nå, nu det bare en ny forløbsmodel”, og så gør man jo heller ikke noget ud af det. Det er ærgerligt, at alle folk ikke kom på det kursus. (fokusgruppe, hjemmepleje, område B)

Medarbejderen i citatet italesætter klart den apati, der kan opstå, når ledelsen ikke har fokus på, og selv er engageret i, det tværfaglige samarbejde. Understøttelse fra ledelsen kan i forlængelse af denne pointe, forstås som et meget intuitivt vilkår – for hvorfor skulle medarbejderne være engageret og prioritere det tværfaglige samarbejde, hvis lederne tilsyneladende ikke er engageret og prioriterer det?

Opsummerende er ledelses understøttelse med til at strukturere og konkretisere det tværfaglige samarbejde, og samtidigt med til at engagere og motivere medarbejderne i det tværfaglige samarbejde, mens mangel på ledelses understøttelse er medvirkende til at skabe apati blandt medarbejderne i forhold til det tværfaglige samarbejde. Foruden at være fremhævet i RMIC-frameworket, er ledelses understøttelse et udbredt anerkendt vilkår i både den danske og internationale litteratur (Kjellberg 2011, Pedersen 2015, Denis et. al. 2016). I litteraturen er der især fokus på, hvordan synlig ledelse og ledere med personligt engagement og motivation for det tværfaglige samarbejde, er med til at styrke og forbedre det tværfaglige samarbejde (ibid.). Herudover kan det bemærkes, at vilkåret i iCOACH-frameworket er italesat som et kulturelt vilkår (Evans. et. al. 2017). Vilkåret undersøges som et kontekstvilkår på professionsniveauet, da det pressende vilkår i den kvalitative data er om medarbejdernes oplever, at lederne understøtter dem i det tværfaglige samarbejde.

Har medarbejderne tillid til hinanden?

I Valentijns RMIC-framework bliver tillid blandt medarbejderne ligeledes fremhævet som et vilkår på professionsniveauet, der kan have en stor indvirkning på det tværfaglige samarbejde (Valentijn 2015:131). Valentijn henviser til, at ydelser i den primære sundhedssektor traditionelt har været leveret af profession-drevet, usammenhængende og små medarbejdergrupper, hvorfor tillid skabt nedefra-og-op blandt medarbejdere er et essentielt vilkår for at det tværfaglige samarbejde er velfungerende (ibid.). Denne tillid blandt medarbejderne fungerer som en integrativ mekanisme, der er med til at stimulere det tværfaglige samarbejde ved at skabe sammenhæng i ydelserne, der bliver leveret af medarbejderne (ibid.). Dette vil sige, at tillid som et kontekstvilkår på professionsniveauet kan forstås som, hvorvidt medarbejderne der samarbejder oplever at have tillid til hinanden. Dette vilkår bliver ikke *eksplicit* italesat i de kvalitative data, men er derimod svært *implicit* tydeligt, når der tolkes på medarbejdernes ræsonnement for deres handlinger. For at give et indblik i denne pointe kan et udpluk fra fokusgruppeinterviewet i sundhedsenheden i område B hjælpe:

”IN:

I forløbsmodel-logikken, så vil jeg jo have en forventning om at I, som primært forløbsansvarlige, skal have kontakt med kontaktpersonen. Hvordan oplever i samarbejdet med kontaktpersonerne? IP1: I nogle tilfælde fungerer samarbejdet med kontaktpersonen. IP2: Ja, hvis man råber højt nok, nok gange, ikke? Er det ikke sådan? Hvis vi presser dem nok og siger, at det er simpelthen vigtigt, borgeren kommer i et ”varigt forløb”, så kontaktpersonen er en SOSU-assistent, så er vi jo sikker på, at det er SOSU-assistenten, vi skal samarbejde med. Men det er jo også lidt snyd, at vi tænker, at for at den her borger bliver ved med at være god, så er vi nødt til at sætte dem i et varigt forløb, fordi så ved vi, at det er en SOSU-assistent, der kommer. IP3: Ja, altså jeg har jo siddet med en borger, hvor jeg tænkte, at jeg godt ville have et personale, som jeg kendte. Derfor måtte jeg ringe ud til hjemmeplejen og bede om, at kontaktpersonen skulle være en af de gamle piger, jeg kender. Men det skulle jo helst ikke være sådan, at man ringer ud til koordinatorene eller hjemmeplejerne og beder om en bestemt medarbejder, så man kan ånde lettet op og tænke, at det går nok.” (fokusgruppe, sundhedsenhed, område B)

Der er implicit to presserende temaer i overstående udpluk: (1) syge- og sundhedspersonalet har generelt mistillid til SOSU-hjælperne, og (2) medarbejderne har generelt større tillid til medarbejdere, de kender. I forhold til det første tema, begrundet syge- og sundhedspersonalet selv mistilliden til SOSU-hjælperne med, at SOSU-hjælperne mangler faglighed i forhold til det udførende rehabiliterende arbejde. Herudover fremhæver de, at de mange vikarer og udskiftning af personale i hjemmeplejen betyder, de ikke kender personerne, de samarbejder med, og de har herved ikke den samme tiltro til dem. Dette leder til det andet tema, hvor øget tillid til personer man kender og har samarbejdet med før, kan forstås i forhold til *relationel koordinering*. Relationel koordinering, forstået som kontinuert samarbejde, øger den gensidige tilpasning mellem medarbejderne, hvilket er styrkende for både den gensidige respekt og tilliden (Gittel 2012). At IP3 efterspørger samarbejde med personale, hun kender i forvejen, er et udtryk for, at hun har haft en gensidig tilpasning med dette personale, og herved har opbygget et tillidsforhold til dem. Et eksempel på, hvad konsekvensen af en manglende tillid mellem medarbejderne kan være, ses i et citat fra sundhedsenheden i område B:

”IP1: Vi har fået at vide, at vi ikke må skrive i besøgsplanen, det skal hjemmeplejen selv gøre... I starten dokumenterede jeg simpelthen dobbelt – både i den elektroniske patientjournal og i deres besøgsplan, men jeg fik at vide, at det skal de faktisk kunne selv. Det er ikke min opgave. Det kan jeg sagtens se, men jeg er bange for, at informationer går tabt. IP2: Man skal holde dem i hånden enormt meget (fokusgruppe, sundhedsenhed, område B)

I citatet fremgår konsekvensen af medarbejderne fra sundhedsenhedens mistillid til medarbejderne fra hjemmeplejen, hvor medarbejderen fra sundhedsenheden vælger at udføre dobbeltarbejde, fordi hun ikke har tillid til, at medarbejderne fra hjemmeplejen selv kan varetage disse opgaver. Dette er følgelig hæmmende for det tværfaglige samarbejde, da det er spild af i forvejen ellers mangelfuld tid. Det kan bemærkes, at medarbejderne på plejehjemmene ligeledes udfører dobbelt dokumentation, grundet at medarbejderne om dagen har en mistillid til medarbejderne om aften/natten (observation, plejehjem, område A).

Tillidens faciliterende element, kan forstås i henhold til Axelsson & Axelssons undersøgelse af tværfagligt samarbejde, hvor tillid bliver fremhævet som en forudsætning for, at medarbejderne kan indgå i et altruistisk samarbejde (Axelsson & Axelsson 2009). Hvis medarbejderne har tillid til hinanden, er de i højere grad villige til at supplere og lære af hinanden, og samtidigt i højere grad villige til at tage risici, løse konflikter, opgive rutiner og finde frem til en fælles forståelse og kultur omkring det tværfaglige samarbejde, hvilket er faciliterende for det tværfaglige samarbejde (ibid.).

Opsummerende er tillid blandt medarbejderne faciliterende for et altruistisk samarbejde, mens mangel på tillid blandt medarbejderne er medvirkende til tidsspild i form af øget dokumentation, og herudover med til at mindske vidensdelingen og koordinationen mellem medarbejderne, da de i mindre grad indgår i sparring og gensidig koordinering med hinanden. Tillid kan herudover ses som både værende en tillid mellem faggrupper og en generel tillid blandt medarbejdere. Foruden at være fremhævet i RMIC-frameworket og Axelsson & Axelsson, er tillid også et veldokumenteret vilkår i litteraturen om tværfagligt samarbejde, men er dog underbelyst i den danske litteratur om rehabiliteringsprojekter (Das & Teng 1998, De Man & Roijakkers 2009). Vilkåret vil undersøges som et kontekstvilkår på professionsniveauet, da vilkåret eksisterer på medarbejderniveauet, og herved er et udtryk for medarbejdernes oplevelse af tilliden.

Oplever medarbejderne, at de kan prioritere det tværfaglige samarbejde?

Det at have muligheden for at samarbejde tværfagligt kan helt intuitivt forstås som et essentielt vilkår for, at man rent faktisk *kan* samarbejde tværfagligt. Det ville være ulogisk at antage, at tværfagligt samarbejde kan være velfungerende, hvis de medarbejdere, der skal samarbejde, f.eks. ikke har tid til at koordinere med hinanden. Fra de kvalitative data er der blevet udledt tre overordnede hæmmende grunde til, at det tværfaglige samarbejde bliver nedprioriteret: ressourcerne, strikse besøgsplaner og arbejdets karakter. I forhold til, hvordan ressourcerne indvirker på prioriteringen af det tværfaglige samarbejde, kan fokusgruppinterviewet fra et plejehjem i område A hjælpe:

”IP: Vi har svært ved at komme i mål med de Borgerkonferencer, vi har lige nu... Tit siger vi, at så er det ikke hele gruppen omkring en borger, der er med. Vi er jo en ergoterapeut, fysioterapeut, sygeplejerske, kontaktperson og en hjælper – og så vores faglige leder. Det er 6 personaler, som man både skal koordinere vagtplaner på, og så er der tilgængeligheden – og altså tiden, som man optager. Derfor har det været et prioriteringsspørgsmål; hvem skal deltage i hvilke møder? IN: *Det kræver mange ressourcer?* IP: Ja.” (fokusgruppe, plejehjem, område A)

Det medarbejderen beklager er, at det tværfaglige samarbejde, i form af møder, kræver, at man tilsidesætter ressourcer til, at 6 personer kan sidde og snakke sammen i 1 time, og da der tit ikke er ressourcer til, at alle 6 personer deltager, prioriterer man i stedet, hvem skal med, og hvem skal ikke med. Konsekvens af dette er, at det tit er kontaktpersonerne (SOSU-hjælperne) der ender med ikke at deltage, fordi de har den daglige pleje ved borgerne, og herved mindst tid i vagtplanen (observation, sundhedsenheden, område A). Dette er svært hæmmende for det tværfaglige samarbejde, da det netop er kontaktpersonerne, der sidder med viden om borgerens dag-til-dag funktionsevne, og herved den viden som de andre personer i borgerforløbet har brug for til at tilrettelægge og udføre det rehabiliterende borgerforløb. Dette fører videre til den næste grund for, hvorfor tværfagligt samarbejde bliver nedprioriteret – medarbejdernes strikse besøgsplaner:

”IP: Vi vil jo rigtig gerne have [hjemmeplejen] med ud på det første sundhedsfaglige besøg, men det er svært at koordinere. Det er rigtig svært at få det til at passe ind med de besøg, de har, og både sygeplejersker, terapeuter og hjemmeplejen arbejder med folk, som pludselig tager længere tid, end de har planlagt, og så stryger mødet. Så opstarten i sig selv er svær at koordinere.” (leder, sundhedsenhed, område B)

Det at medarbejderne har besøgsplaner, hvor ressourcekoordinatorerne har maksimeret antallet af borgerbesøg, de kan have, efterlader meget lidt tidsrum til at engagere sig i det tværfaglige samarbejde (observation, hjemmepleje, område B). Denne pointe skal forstås i samspil med den tredje grund for, hvorfor tværfagligt samarbejde bliver nedprioriteret – arbejdets karakter.

”IP1: Vi har alle de her ”skal” opgaver for at holde livskvaliteten oppe hos folk, så sådan en borgerkonference ved sundhedsenheden, den bliver måske lidt skudt, fordi så er der lige 2 ekstra borgere, der skal have insulin, og en der er dårlig. Og altså, selvfølgelig prioriterer vi menneskeliv og kvalitet over møder, som ligger – IP2: Men de møder er samtidigt sindssygt vigtige – IP1: Ja, det er jo det, der er problemet, de er jo vigtige – IP2: For det er jo vigtigt at sidde sammen og få snakket om, hvordan man får livskvaliteten og de vigtige ting til at køre.” (fokusgruppe, hjemmepleje, område B).

Overstående citat giver et godt indblik i, hvordan arbejdets karakter indvirker på prioriteringen af det tværfaglige samarbejde, og samtidigt hvad konsekvensen er ved, at det tværfaglige ikke bliver prioriteret. Det, at medarbejderne har menneskeliv i hænderne, betyder følgelig, at de vægter disse over et møde – men som interviewperson 2 henviser til, så er møderne til for at højne livskvaliteten for disse mennesker ved at skabe kontinuerte og kohærente borgerforløb. Medarbejderne står herved i en paradoksal situation, hvor de gerne vil prioritere det tværfaglige samarbejde, således de kan skabe bedre borgerforløb på længere sigt, men de oplever ikke at have muligheden for at prioritere dette, fordi de har menneskeliv i hænderne, og herved gerne vil skabe de bedste borgerforløb på kort sigt.

Opsummerende hæmmer ressourcerne, strikse besøgsplaner og arbejdets karakter medarbejdernes muligheden for at prioritere det tværfaglige samarbejde. Som nævnt, er dette intuitivt et åbenlyst vilkår, og det er også blevet beskrevet som dette i den eksisterende litteratur. Af specifikke studier kan der nævnes Kraft et. al. 2014 og Steighaug 2014, hvor begge studier fremhæver, at tid til at prioritere det tværfaglige samarbejde er et essentielt vilkår for, at medarbejderne rent faktisk kan samarbejde tværfagligt. Vilkåret vil undersøges som et kontekstvilkår på professionsniveau, da det er *medarbejdernes oplevelse* af, om de har tid til at prioritere det tværfaglige samarbejde, som er det interessante. Der er selvfølgelig organisatoriske vilkår, der er forventede, at co-variare med dette (eks. enhedens ressourcer), men som redegjort for, så er de *faktiske* vilkår én ting, mens medarbejdernes oplevelse af vilkårene er en anden ting

Hvilken type af organisering har enheden?

I de kvalitative data er der en betydelig forskel på, hvordan medarbejderne/lederne i hjemmeplejen/sundhedsenheden på den ene side, og medarbejderne/lederne på plejehjemmene på den anden side, italesætter vilkårene for det tværfaglige samarbejde. Dette er et resultat af, at hjemmeplejen og sundhedsenheden udfører tværfagligt samarbejde med hinanden *på tværs* af de to enheder, mens plejehjemmene udfører tværfagligt samarbejde *internt* på plejehjemmet – der er hermed tale om to forskellige organiseringer af tværfagligt samarbejde. Det tværfaglige samarbejde mellem sundhedsenheden og hjemmeplejen kan forstås som *distributed collaboration*, hvor samarbejdspartnerne *ikke* sidder på samme geografiske lokation, og herved skal mediere denne geografiske afstand i samarbejdet (Lee et. al. 2010). Hvorimod det tværfaglige samarbejde på plejehjemmene ikke behøves at mediere den geografiske afstand, fordi de sidder på samme lokation. Denne pointe kan forstås i relation til det teoretiske begreb *geografisk proximity*, som er en beskrivelse af den fysiske tæthed mellem samarbejdspartnerne (Madsen & Bureau 2018). Hvorfor geografisk proximity er et faciliterende vilkår for det tværfaglige samarbejde, og herved hvorfor plejehjemmene har bedre vilkår end hjemmeplejen/sundhedsenheden, kan forstås ud fra henholdsvis *uformel koordinering* og *relationel*

koordinering. I forhold til uformel koordinering, beskriver lederen fra et plejehjem i område A fordelene ved fysisk at sidde sammen:

”IP: Man kan sige [det at sidde sammen] jo understøtter forløbsmodellen rigtig godt. Det gør det nemmere at holde de her ad hoc konferencer, når der er et funktionstab hos en borger. Eller man kan lige stikke hovederne sammen: ”er det nu vi holder en konference?” eller ”er det nu vi skal tænke på at skifte forløb?” (leder, plejehjem, område A).

Citatet illustrerer, hvordan geografisk proximity muliggør uformel koordinering, der kan supplere den formelle koordinering struktureret af Forløbsmodellen (Døssing 2018:180). Det, at medarbejderne på plejehjemmene har muligheden for at ”stikke hovederne sammen” og uformelt koordinere, hvornår borgerkonferencer skal foregå, og hvordan de skal håndtere de igangværende borgerforløb, er et vilkår, der er faciliterende for det tværfaglige samarbejde. Områdelederen fra område B opsummerer forskellen mellem henholdsvis sundhedsenheden/hjemmeplejen og plejehjem således:

”IP: Der er noget med geografi for eksempel. Vi har sundhedsenheden, der er et sted, og hjemmeplejen et andet sted... Så er det ikke sådan, at man lige kan sige ”vi kan lige mødes i døren”... Der er nogle ting på plejehjemmene, der bliver lettere, når man lige kan mødes i døren og få det cleared i stedet for at skulle have et møde for at koordinere noget.” (områdeleder, område B).

Pointen er også understøttet af medarbejderne selv, som beklager at sundhedsenheden og hjemmeplejen ikke sidder fysisk sammen, hvilket besværliggør koordinationen mellem dem, og herved det tværfaglige samarbejde (fokusgruppe, sundhedsenheden, område A). I forhold til den relationelle koordination fremmer geografisk proximity den gensidige tilpasning mellem medarbejderne, og herved den gensidige respekt, hvilket er faciliterende for det tværfaglige samarbejde (Gittel 2012). En medarbejder fra et plejehjem i område B beskriver denne gensidige tilpasning og respekt:

”IP: Jeg tror, vi er rigtig gode til at snakke om det. Og f.eks. som du siger [ergoterapeut], at det vil være bedst, hvis jeg gør sådan, sådan og sådan. Og så siger jeg, at det er meget muligt, og at jeg godt kan se pointen i det, men i praksis kan det ikke lade sig gøre. Jeg har ikke 45 minutter inde hos den her beboer, så hvad kan vi så gøre? Hvad er det vigtigste, jeg sætter mit fokus på? Så kan jeg gøre noget af det. Så får vi den der dialog, og så siger du ”det kan jeg godt se [SOSU-assistent]”. Og jeg kan også godt se det fra din vinkel” (fokusgruppe, plejehjem, område B)

Denne gensidige respekt og tilpasning, der er eksemplificeret i overstående citat, er faciliteret af, at medarbejderne på plejehjemmet fysisk sidder sammen og har et kontinuert tværfagligt samarbejde med hinanden, og herved kan indgå i den relationelle koordination. Hvorimod manglen på geografisk

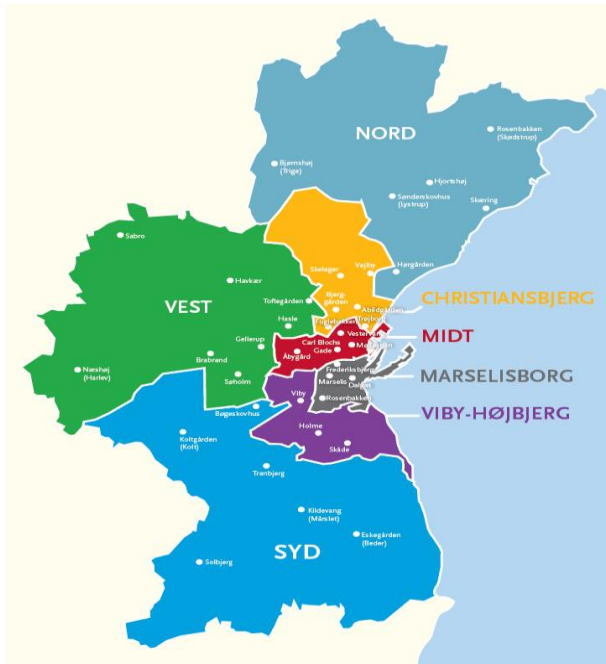
proximity mellem samarbejdspartnerne i sundhedsenheden/hjemmeplejen, efterlader medarbejderne med et ønske om mere kontakt med hinanden, således de kan etablere kontinuerede partnerskaber med hinanden (fokusgruppe, hjemmepleje, område A).

Opsummerende er det, at samarbejdspartnerne sidder på samme lokation et faciliterende vilkår for det tværfaglige samarbejde, da det øger muligheden for uformel og relationel koordinering mellem medarbejderne, og som beskrevet, kan vilkåret forstås i relation til teori om geografisk proximity og distributed collaboration (Lee et. al. 2010, Madsen & Burau 2018). Herudover kan det bemærkes, at vilkåret er italesat som et strukturelt vilkår i iCOACH-frameworket. Vilkåret vil undersøges som en forskel i organiseringen af det tværfaglige samarbejde, hvor sundhedsenheden/hjemmeplejen har én type af organisering, der er præget af distributed collaboration (fysisk adskillelse), mens plejehjemmene har en anden type af organisering, der er præget af geografisk proximity (fysisk nærhed). Vilkåret er derfor et kontekstvilkår på organisationsniveauet, da det er et udtryk for, hvordan selve det tværfaglige samarbejde er organiseret.

Hvilken type af omgivelser har enheden?

I de kvalitative data italesætter medarbejderne/lederne fra landområdet, at omgivelserne er et udfordrende vilkår. Der bliver her henvist til, at landområdets store størrelse betyder, at der for sundhedsenheden/hjemmeplejen er længere kørselstid, når de skal ud til borgerne, og længere fysisk afstand til deres samarbejdspartnere (observation, hjemmepleje, område B). For at forstå denne pointe, kan en oversigt over Sundhed og Omsorgs 7 geografiske områder hjælpe:

Figur 9. Oversigt over Sundhed og Omsorgs 7 geografiske områder.



Af figur 9 fremgår det, at de tre landområder (Nord, Vest, Syd) er væsentlige større, og afstandene mellem enhederne internt i disse tre områder er væsentlige længere, end for de fire byområder (Christiansbjerg, Midt, Marselisborg, Viby-Højbjerg). Konsekvenserne af den øgede kørselstid, og store afstand mellem samarbejdspartnerne, bliver beskrevet i en observationsdag ved sundhedsenheden i landområdet:

”[Sygeplejersken] siger, at fordi [område B] er så stort et område, er det svært at mødes og koordinere de rehabiliterende indsatser med de andre i borgerforløbene. [Sygeplejersken] henviser til, at de burde booke Borgerkonferencer for at koordinere med hinanden, men det er simpelthen ikke muligt at finde tid til at gøre dette, når hun er ude at køre” (observation, sundhedsenhed, område B).

Det sygeplejersken henviser til i observationen, kan igen teoretisk forstås i relation til *distributed collaboration*, *geografisk proximity* og *uformel/formel koordinering*. Sygeplejersken indgår i distributed collaboration, hvilket betyder, at den geografiske proximity mellem medarbejderne har en indvirkning på det tværfaglige samarbejde, og grundet den mindskede geografiske proximity i det geografiske store landområde, har sygeplejersken ikke mulighed for at udfører supplerende uformel koordinering med sine samarbejdspartnere. Konsekvensen af dette er, at hun ikke får koordineret de tværfaglige rehabiliterende indsatser med sine samarbejdspartnere, hvilket er hæmmende for det tværfaglige samarbejde. Herudover betyder øget kørselstid, grundet at landområdet er et geografisk stort område, at sygeplejersken ikke føler, hun har tid til at indgå i den formelle koordinering (borgerkonferencerne), hvilket igen er hæmmende for det tværfaglige samarbejde.

Opsummerende er et stort geografisk område et hæmmende vilkår for det tværfaglige samarbejde, da det mindsker muligheden for at udføre uformel/formel koordination mellem medarbejderne, og som beskrevet, kan vilkåret forstås i relation til teori om geografisk proximity og distributed collaboration (Lee. Et. al. 2010, Madsen & Bureau 2018). Vilkåret undersøges som en forskel mellem de geografiske store områder (landområderne) og geografiske små områder (byområderne). Vilkåret undersøges som et kontekstvilkår på organisationsniveauet, da vilkåret er et udtryk for organisationens omgivelser. Det kan bemærkes, at udledningerne i forhold til dette vilkår er specifikt møntet på det tværfaglige samarbejde mellem sundhedsenheden og hjemmeplejen, da plejehjemmene ikke er påvirket af områdets geografiske størrelse (givet det tværfaglige samarbejde foregår internt på plejehjemmet). Herudover kan det bemærkes, at vilkåret er italesat som et strukturelt vilkår i iCOACH-frameworket.

Bilag 1 – Display af national litteratur

Kortlægningen viser, at 92/98 kommuner (94%) har etableret et eller flere særlige tilbud om rehabilitering til de ældre borgere, der henvender sig om eller søger hjælp og støtte efter Serviceloven. (Kjellberg et. al. 2013:7)

Formål: Formålet med kommunernes implementering af rehabiliteringsprojekter i ældreomsorgen er fortrinsvis todelt. (1) Med et kommunalt ønske om at spare, er der et incitament for at implementere en model hvori de ældre ikke er så afhængige af kommunens hjælp. Med rehabiliteringsprojekternes iboende intention om at oplære og motivere de ældre til i større omfang at klare deres egne huslige opgaver, vil dette medføre en besparelse af de forbrugsydelser kommunen ellers på længere sigt vil skulle have tilbudt de ældre. (2) Med et medmenneskeligt syn og et ønske om længere og mere meningsfyldte liv for ældre, giver rehabiliteringsprojekterne de ældre mulighed for at engagere sig og være medbestemmende i deres rehabiliteringsproces. Dette vil sige, at der forventes mere af de ældre, med det formål at de ældre vil kunne få et mere frit og selvstyrende liv.

Målgruppe: Målgruppen generelt for de kommunale rehabiliteringsprojekter er borgere på +18 år der modtager hjemmehjælp eller er i plejebolig. I pilotprojekterne har fokus primært været på ældre der ikke har været terminale eller haft kognitive problemer. Denne ekskludering grundet i en antagelse af, at terminale og kognitiv besværet ældre ville have problemer med at indgå i et borgerforløb. Med hensyn til implementering af drift af rehabiliteringsprojekterne, følger de paragraf 83a i serviceloven, hvor alle borgere med nedsat funktionsevne har krav på en individuel vurdering i forhold til et rehabiliteringsforløb.

Rehabilitering: Hverdagsrehabilitering og rehabilitering bruges om det samme koncept i de forskelle projekter i kommunerne. Forskellen findes i hvilke ord de forskellige kommuner fortrækker at bruge, men overordnede forstås der det samme ved begge begreber. Begrebet defineres således: *"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 består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats"* (Rehabilitering på ældreområdet, SST 2017:7)

Borgerforløb: Rehabiliteringsprojekterne bygger på en tankegang hvor ældre indgår i et borgerforløb der er skræddersyet til netop deres behov, kompetencer og ønsker. Rehabiliteringen foregår herved gennem borgerforløbene, hvor de ældre i sparring med relevant fagpersonale tilrettelægger deres eget forløb.

Servicel oven: 83a (indført Januar 2015): Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter [§ 83, stk. 1](#). Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov. (<https://danskelove.dk/serviceloven/83a>)

Nedenstående er værker der omhandler kommunernes rehabiliteringsprojekter. Det er primært evalueringer af hvorledes disse projekter er gået, og hvilke udfordringer/gevinster der har været ved implementeringen af rehabiliteringstilbud/tværfaglige borgerforløb. Fokus vil være på implementering, koordinering og tværfaglighed.

Værk + Type	Intervention	Målgruppe	Parametre for evaluering	Resultater	Videre forskning / anbefalinger	Bemærkninger
(1) Aarhus kommune & Sundhed og omsorg. Tonnesen, M et. al. (2012): <i>Grib Hverdagen</i>. <i>Slutevaluering</i>. Evalueringsrapport	Udvikle en model for hverdagsrehabilitering i Aarhus kommune. Over 2 år (2010-2012). 1837 borgerforløb. 25 tværfaglige rehabiliteringsteams. Koordinering mellem sundhedsenheden og hjemmeplejen, v.h.a tværfaglige teams med møder og vidensdeling. Borgerforløb diskuteres og der laves handlingsplaner, baseret på den tværfaglige viden i teamet. Hvert team har en koordinerende teamleder. "Der er to forløb i Grib Hverdagen, hhv. rehab light og rehab. Light er enkle forløb med behov for 1-2 medarbejdere, rehab er komplekse forløb med behov for ekspertise fra flere faggrupper." S.5	"Borgere med funktionsfald, som har rehabiliteringspotentiale (undtaget borgere med progredierende hjerneskade, terminalregistrerede borgere)." s.20 "... de fleste borgere (næsten 40%) er mellem 80-89 år. Gennemsnitsalderen er 76 år. Den yngste borger er 18 år, den ældste 103 år." s.5	Teknologi: "hvilke interventionsformer benyttes i Grib Hverdagen og hvilket outcome / hvilke effekter for borgere /for medarbejdere" s.9 Organisation: "Hvilke organisatoriske elementer er væsentlige at have fokus på i den tværfaglige indsats i Grib Hverdagen?" s.9 Borger/Medarbejder: "Hvad er Grib Hverdagen borgeres syn på indsatsen? Og hvad siger medarbejderne til at arbejde på denne måde?" s.9 Økonomi: "Fører introduktionen af Grib Hverdagen til reducerede udgifter til pleje og/eller praktisk hjælp?" s.9	Positiv fra medarbejdere: " (1) Tværfagligheden, der kendetegner Grib Hverdagen, topper listen (fokus på borgers ressourcer, hurtigere og effektive forløb, deler viden/støtter op om hinanden, kreativitet, fælles mål =større sammenhæng i forløb, gode dialogmøder) (2) mere selvhjulpne borgere og succeshistorierne. (3) den rehabiliterende tankegang smitter; både i forhold til ens "egne" borgere som ikke er i Grib Hverdagen og kollegers måde at arbejde på. (4) Et blik udefra i form af projektmedarbejders rolle som proceskonsulenter støtter op om arbejdet i de tværfaglige teams" s.60 Negativ fra medarbejdere: "(1) tidsregistrering og afregning opfattes som en "tidsrøver" (2) sygeplejen er endnu ikke er fuldt involveret i Grib Hverdagen (3) stadig udfordringer ift. rollefordeling i en borgersag (medarbejdere er ikke altid klar over hvad de skal bidrage med i forløbet.) (4) Dokumentation en udfordring s.60	"For at skabe rammer for en ensartethed på tværs af byen anbefales det at indføre en fast model for hverdagsrehabilitering. Den anbefalede model lægger sig tæt op ad den organisering, de fleste teams har i dag" s.114 "(det) anbefales at der til hvert team er tilstrækkeligt personale tilknyttet. Dvs. mindst to fra hver faggruppe" s. 115 "(det) anbefales at etablere en tværgående funktion, hvor en medarbejder deltager med udefra blikket med jævne mellemrum" s. 116	Metoder brugt til evaluering: (1)Deltagende observation, (2)interviews, (3)fokusgruppe interviews, (4)spørgeskema, (5)shadowing, (6)audit & klagesager, (7)analyse af COPM. s.12 "Fagpersonerne i hverdagsrehabiliteringsteams er: hjemmetrænere (sosu hjælpere/sosu assistenter), ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker og borgerkonsulenter" s. 115 - COPM og Barthel 100 brugt som måleredskaber s. 64

Værk + Type	Intervention	Målgruppe	Parametre	Resultater	Videre forskning / anbefalinger	Bemærkninger
(2) Social Omsorg, Hedensted kommune. Pedersen, G. (2015): Aktiv Hver Dag – hverdags rehabilitering i Social Omsorg Hedensted Kommune. Intern evaluering af "Aktiv Hver Dag"	Udvikle en model for hverdagsrehabilitering i Hedensted kommune. Fra 1. april 2013- 31. december 2014. ca. 535 borgerforløb Opdelt i 2 projekter: Projekt 1: "Intensive træningsindsatser hos ny henviste borgere." s.10 Team bestående af 2 visitatorer med sygeplejefaglig baggrund, 2 ergoterapeuter og 2 SOSU assistenter. + støtte fra frit valgs leverandører. Varighed af borgerforløb: 2-12 uger, SMART-E som måleredskab. Projekt 2: - "Der er blevet tilknyttet terapeuttimer og lokale visitatorer til distrikterne, som har samarbejdet tæt med plejegrupperne og relevante fagpersoner" s.11 - "Der foretages en vurdering og rehabiliteringspotentiale identificeres" s.12 Team bestående af 1 terapeut, 1 leder, 1 planlægger, 1 SOSU personel og 1 sygeplejerske.	Projekt 1: "Ny henviste borgere, der har anmodet om hjælp og støtte og som har rehabiliteringspotentiale s.10" - "borgere der får personlig pleje og søger om praktisk hjælp" s.11 - "borgere der har kognitive forudsætninger for at samarbejde, som kan deltage aktivt i at definere mål, evt. med støtte og kan profitere af tilbuddet" s.11- "typiske borger, har været en kvinde på omkring 75år." s.11 Projekt 2: - "borgere i fritvalgsgrupperne og på plejecentrene, der i kortere eller længere tid har været visiteret til hjemmehjælp eller hjemmesygepleje" s.12 - "borgere der vurderes at have rehabiliteringspotentiale" s.12- "Typiske borger har været en kvinde på omkring 82år" s.12	Overordnede formål for projekterne, og hvad der evalueres på: "At understøtte borgerne, der i forvejen har eller for første gang får hjælp fra hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, i at blive og forblive uafhængige af hjælp, og derigennem opnå størst mulig livskvalitet og selvbestemmelse i livet" s.9	- "implementering og fastholdelse af rehabilitering kræver, at organisationen giver rum til refleksion, supervision og sparring." S.25 - "Sygeplejerskerne har generelt et problem med at have fokus på rehabilitering" s.25 - "det har været svært at få opbygget en fælles ramme for hverdagsrehabilitering, som bl.a. kan relateres til ledelsesfokus, organisationens søjledele opbygning, personalekompetencer, borgerkontinuitet m.m" s.25 - "implementeringen af rehabiliteringen er, vurderet af projektgruppen, gået bedst der hvor lederfokus og opbakning har været størst og hvor det tværfaglige samarbejde er bakket op. s.26 - "Der har været samarbejdsproblematikker i form af manglende viden omkring arbejdsområder og nervøsitet ved om arbejdsområder blev fratrækket en." S.32	- "fokus på personalets kompetencer og kompetenceudvikling" s.6 - "videreudvikling af velfærdsteknologiske løsninger" s.6 - "udarbejdelse af en fælles rehabiliteringsmodel for hele Social Omsorg" s.6 - "bibeholde og videreudvikle de arbejdsmetoder der virker for rehabilitering" s.6 - "Lederfokus, -opbakning, sparring og prioritering. Ledere der viser vejen og er synlige" - "Kontinuerlig monitorering så udviklingstendenser følges og bruges i strategier" s.6 - "Fokus på borgerens mål og kontinuitet for borgeren" s.6	"Metoden der er valgt for evalueringen er interessant, proces- og resultats evaluering." s.7 COPM og SMART-E mål er blevet brugt som redskaber i projekterne s. 22-23.

Værk + Type	Intervention	Målgruppe	Parametre	Resultater	Videre forskning / anbefalinger	Bemærkninger
(3) DSI, Fredericia kommune Kjellberg, P. K. (2011): <i>Hverdags rehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008-2010</i> Kort Evaluerin g	Hverdagsrehabilitering i Fredericia kommune. 2008-2010. Afsluttet 404 borgerforløb. 1. model Hverdagsrehabilitering - "Tilbuddet gives af en nyetableret gruppe under Plejen, som kaldes 'hverdagsrehabiliteringen' bestående af: 1 leder, 1 planlægger, 3 terapeuter (1 fysio, 2 ergo), 1 sygeplejerske og 12 'hjemmetrænere' (6 social- og sundhedsassistenter, 6 social- og sundhedshjælpere)." s.6 2. model Trænende Hjemmehjælp "Tilbuddet om Trænende hjemmehjælp gives af de eksisterende kommunale hjemmehjælpedistrikter, hvortil der tilknyttes 32 terapeutimer/uge – og som hermed i grove træk kommer til at bestå af: 1 leder, 2 planlæggere, 6 sygeplejersker, 2 deltidsterapeuter (1 fysio, 1 ergo), 6 social- og sundhedsassistenter og 30 'trænende hjemmehjælpere (social- og sundhedshjælpere) s.7	1. model "Nye borgere der henvender sig til kommunen med anmodning om hjælp og støtte i hjemmet visiteres til Hverdagsrehabilitering frem for almindelig hjemmehjælp hvis visitator vurderer, at de har rehabiliteringspotentiale." S.6 2. model Trænende Hjemmehjælp "er målrettet borgere der i kortere eller længere tid har været tilknyttet den kommunale hjemmehjælp" s.5-6	Der evalueres på 1.model "Hverdag srehabilitering". Evalueringen er baseret på en komparativ undersøgelse mellem Hverdagsrehabilitering og almindelig hjemmehjælp s.6	Overordnede evaluering - "Terapeuterne når ud til en borgergruppe, de ellers kun havde begrænset kontakt til, og hjemmetrænerne oplever at give borgerne en bedre service, end de ellers ville have fået. De beskriver tilbuddet om hverdagsrehabilitering som en limousine model sammenlignet med almindelig hjemmepleje." S.7 - "det kan være vanskeligt at etablere et tæt tværfagligt samarbejde i kulturer, hvor faggrupperne de sidste mange år har arbejdet parallelt." S.8 - "Det er nyt for terapeuterne... og når de ser mulighed for det, trækker de sig tilbage til det fælles kommunale genoptræningscenter." S.8 - "Ligeledes er det nyt for social- og sundhedshjælpere... og når de ser mulighed for det... foretrækker de at sparre med deres kolleger" s.8 Evaluering af 1.model specifik (1) Formål. Arbejdet i den almindelige hjemmehjælp tager udgangspunkt i borgerens rettigheder. Arbejdet i Hverdagsrehabilitering tager udgangspunkt i borgerens mål (ud fra COPM). s.6 (2) Fokus. Den almindelige hjemmehjælp løser opgaver for borgeren. Hverdagsrehabiliteringen hjælper borgeren med selv at løse opgaver. s.6 (3) Tid. I den almindelige hjemmehjælp er tidsforbruget konstant og evt. stigende. I Hverdagsrehabilitering bruges meget tid i starten, hvorefter det er faldende indtil ønskeligt afsluttet fra hjælpen. s.6	Succeskriterier for implementering: (1) "Der etableres et tæt tværfagligt samarbejde i veldefinerede borgerteams med: 1 ansvarlig visitator, 1 ansvarlig terapeut, 1-2 ansvarlige social- og sundhedshjælpere/social- og sundhedsassistenter" s.8 (2) "De overordnede organisatoriske strukturer og rammer er indrettet, så de understøtter det tværfaglige og rehabiliterende arbejde i disse borgerteams." S.8 Der anbefales desuden: (1) fokus på stærk og tydelig ledelse (2) fremhæve hverdagsrehabiliteringens værdigrundlag (fordel for alle) (3) foretage trinvis udvikling med systematisk dokumentation og plads til læring (4) klarlægge rollerne og ansvar for de involverede medarbejdere (5) konsensus i ledelse og strategi på tværs af faggrupper (kan læses nærmere på dette link: https://www.fredericia.dk/borger/omsorg-sundhed/aeldreliv/laengst-muligt-i-eget-liv/til-andre-kommune).	Metoder til evaluering: "Parallelle observationer og interview i Hverdagsrehabiliteringen og den almindelige hjemmepleje." S.6 COPM bliver brugt som redskab i 1. model

Værk + Type	Intervention	Målgruppe	Parametre	Resultater	Videre forskning / anbefalinger	Bemærkninger
(4) KORA. Fremfærd Ældre. Rostgaard, T. & Lea Graff (2016): <i>Med hænderne i lommen – Borger og medarbejder s samspil og samarbejde i rehabilitering</i>. Evalueringsundersøgelse af Middelfart og Svendborg kommune. Efteråret 2015-foråret 2016. Middelfart introduceret rehabilitering i 2010, Svendborg i 2011.	Middelfart: -"Samarbejde mellem terapeuter og plejepersonale... Terapeuten fungerer formelt set som konsulent for hjemme-trænerne og de øvrige social- og sundhedsmedarbejdere i hjemmeplejen." S.28 -"Derudover arbejder medarbejderne i hjemmeplejen tæt sammen med især visitatorer og sygeplejersker, ikke mindst i forbindelse med de forskellige tværfaglige mødefora" s.29 Svendborg: -"Svendborg Kommune har... valgt en mere blandet organisationstype, hvor rehabiliteringsforløb både varetages af specialiserede enheder men også af hjemmeplejen i samarbejde med andre afdelinger". s.32 -"Sygeplejen og rehabiliteringsterapeuterne er organiseret sammen med hjemmeplejen, mens genoptræning ligesom i Middelfart Kommune er placeret i Sundhedsafdelingen." s.32 -"Både hjemmeplejen og rehabiliteringsteam udgøres af tværfaglige team". s. 32 -Oversigt over forskelle i organisering findes på side 35	"Hverdagsrehabilitering er i begge kommuner et midlertidigt tilbud til borgere, der enten søger eller allerede modtager hjemme hjælp, og hvor det vurderes, at et rehabiliteringsforløb vil være gavnligt for borgerens funktionsevne. Målet er at hjælpe borgeren til at blive så selvhjulpent som muligt." S.28	-"Denne undersøgelse af samarbejde i rehabiliteringspraksis i hjemmeplejen har derfor til formål at undersøge, hvad rehabilitering betyder for mødet mellem medarbejder og borger, samt for arbejdspraksis og samarbejde faggrupperne i mellem." S.14 -"Undersøgelsens design og teoretiske ramme tager udgangspunkt i SIMREB (<i>Systematic Inquiry into Models for Rehabilitation</i>)" s.15 → Undersøgelsens brug af SIMREB forklares fra ss.15-18	-"Ideen om rehabilitering er .. blevet mere institutionaliseret, end det tidligere var tilfældet med hjælp-til-selvhelp tankegangen. " s. 9 -"Især terapeuterne og de udførende SOSU-medarbejdere har fundet hinanden i et fagligt udbytterigt fællesskab. Her trækker SOSU-medarbejderne på de faglige redskaber, som terapeuterne kan byde ind med. " s.9 -"Der er med rehabilitering kommet mere fokus på at sikre tværfaglige mødefora til løbende faglig udveksling og læring. den daglige udførelse af rehabilitering trækker de udførende medarbejdere på fælles udviklede faglige greb, men benytter i høj grad også hver deres personlige tilgang. " s.9 -" Medarbejderne, der arbejder rehabiliterende, har i det daglige større indflydelse og fleksibilitet i deres planlægning af arbejdet, end hvad der ellers tidligere har kendetegnet denne sektor. " s.9	-"Ligeledes opstår der i det daglige ofte dilemmaer, hvilket understreger betydningen af en organisering og en faglighed, der understøtter medarbejderens håndtering af dilemmaer i hverdagens praksis." Det anbefales herved at der er mere uddannelse og eksplicit viden omkring håndtering af problemstillinger i de rehabiliterendeforløb. S.10 -"Det har været sværere for sygeplejerskerne at omstille sig og indgå i det tværfaglige samarbejde – hvilket til dels også skyldes, at de rent organisatorisk fastholdes i deres traditionelle kerneopgaver og dermed i mindre grad har mulighed for at indgå i den tværfaglige opgaveløsning." Det anbefales dermed at organisere og koordinere det således at sygeplejerskerne bliver en integreret del af borgerforløbene, således de får en rolleklarhed og føler sig en del af den rehabiliterende tilgangs.11	"Undersøgelsen bygger på forskellige datakilder, herunder litteraturstudier, observationer og interview" s.20 -"I alt er der gennemført 8 fokusgruppeinterview, 28 individuelle interview og 13 observationsstudier" s.23 -på side 23 fremstilles det hvor mange og hvilke interviews der er foretaget med hver gruppe (borger, medarbejder, leder) -side 124 interviewguide for borgere -side 126 interviewguide for medarbejdere

Værk + Type	Intervention	Målgruppe	Parametre	Resultater	Videre forskning / anbefalinger	Bemærkninger
(5) Sundhedsstyrelsen. KORA. Petersen, A et. al. (2017): <i>Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommuners arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?</i> Evalueret af 24 danske studier.	- "I denne oversigtsrapport sammenfattes resultatet af 24 danske studier af rehabilitering på ældreområdet." S.2 - "Studierne er gennemført fra 2008-2016" s.2 Koordinering mellem sundhedsnettet og hjemmeplejen, ift. borgerforløb for ældre.	- "ikke-sygdomsspecifik rehabilitering i hjemmeplejen i danske kommuner." S.3	- "Studierne omhandler effekt, borgeroplevelser, organisering og implementering af kommunernes forskellige tilbud om rehabilitering til de ældre borgere, der henvender sig om eller får hjælp og støtte" s.2 - "Formålet med denne rapport har været at sammenfatte og udlede den samlede viden, der kan udledes af kommunernes arbejde med rehabilitering på ældreområdet." S.2	- "Studierne viser, at det er muligt at reducere ydelsesforbruget ved en målrettet indsats med rehabilitering også efter lovændringen i 2015." S.3 - "fire forskellige måder, hvorpå den rehabiliterende indsats er organiseret i kommunerne: (1) <i>hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger</i>, (2) <i>hjemmepleje med ekstra ressourcer</i>, (3) <i>tværfaglig specialenhed</i> og (4) <i>terapeutmodellen</i>." S.22 - ss.22-26 diskutere fordele/ulempes ved hver - "Det tætte tværfaglige samarbejde skal tjene to formål: (1) At skabe sammenhængende forløb for borgerne (2) At udvikle den rehabiliterende tilgang" s. 26 - "Et mangelfuldt tværfagligt samarbejde kan således hindre den rehabiliterende indsats i det enkelte borgerforløb såvel som en effektiv implementering i organisationen." s.26 "kommunerne fremhæver to implementeringsstrategier som vigtige: <i>at holde momentum og bygge på medarbejdernes energi og entusiasme samt begynde med de lavest hængende frugter</i>," s.28	- "En række elementer forekommer væsentlige for at fremme implementeringen af den rehabiliterende tilgang. Således er for eksempel et længerevarende, dagligt fokus på rehabilitering, og hvordan det praktiseres, vigtigt for, at social- og sundhedsmedarbejderne indoptager tilgangen." S.3 - "Social- og sundhedsmedarbejderne kan have store udfordringer i at anvende dokumentationen som arbejdsredskab, og det medfører, at dokumentationen ikke tages i brug som kommunikationskanal på den måde og i det omfang, den er tiltænkt." S.4 - "Der er ikke foretaget nogle undersøgelser/systematiske evalueringer af private leverandører af rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen, til trods for at det sandsynligvis er langt flertallet af kommunerne, der samarbejder med private leverandører." S.4 - "Sygeplejerskerne... kan have svært ved at se deres rolle i den rehabiliterende arbejde." S.4 - "Det er vigtigt, at der i hverdagen holdes fokus på at praktisere en rehabiliterende tilgang, såvel som hvordan den skal praktiseres. Én af måderne at gøre det på er at sikre hyppige uformelle såvel som formelle møder mellem faglighederne." S.28	- "Litteraturen er blandt andet fundet ved en systematisk PICO-søgning. Den samlede litteratursøgning beskrives i bilag 1 (s.49)" s.7 København+Hillerød bruger ADL-redskabet. Aarhus+Fredericia bruger COPM

Værk + Type	Intervention	Målgruppe	Parametre	Resultater	Videre forskning / anbefalinger	Bemærkninger
(6) SFI. Lauritzen, H. H. et. al. (2017): <i>Rehabilitering på ældreområdet. Afprøvning af en model for rehabiliteringsforløb i to kommuner</i> Evaluerings Syddjurs & Slagelse kommune	- "I denne rapport præsenteres en evaluering af en model for rehabiliteringsforløb på ældreområdet, der er blevet udviklet af Sundhedsstyrelsen og afprøvet i to projektkommuner, Syddjurs og Slagelse, i 2015-2016." S.7 - "I det omfang, der er behov for, at flere forskellige fagligheder involveres i forløbet, er det den forløbsansvarlige, der koordinerer samarbejdet." S.10	"Ældre med faldende funktionsevne" s.7	"Evalueringen har til formål at dokumentere erfaringerne med den afprøvede model for rehabiliteringsforløb i de to projektkommuner og består af fire dele: (1) beskrivelse af de gennemførte rehabiliteringsforløb (2) beskrivelse af borgernes egne oplevelser (3) analyse af medarbejders tidsforbrug (4) analyse af medarbejders og leders vurdering af implementeringen af den konkrete model". s 10	Fokuserer på resultaterne fra (4) i "parametre". "Implementeringsprocessen har ud fra medarbejdernes perspektiv været præget af usikkerhed og manglende rammer for projektet, og de har oplevet at skulle "træde stien, mens man går den", hvilket har skabt en skepsis blandt medarbejderne." S.117 "Sygeplejerskerne har ikke fra start følt, at deres fagspecifikke kompetencer i tilstrækkelig grad har været tænkt ind i rollen som forløbsansvarlig, hvilket indledningsvist var med til at skabe en modstand i denne faggruppe mod at skulle indgå i det rehabiliterende arbejde i en så central rolle." S.117 "I de tilfælde, hvor de tværfaglige møder ikke er blevet prioriteret, har det påvirket samarbejdet mellem faggrupperne negativt. Derudover tegner der sig et billede i begge kommuner af, at de faggrupper, der fysisk har været placeret tæt på hinanden, i højere grad har etableret et konstruktivt tværfagligt samarbejde." S.117 "I begge kommuner er der enighed i ledelsen og blandt projektlederne om, at arbejde rehabiliterende ud fra en fast struktur med en klar ansvarsfordeling og med udgangspunkt i borgerens ønsker er positivt, og at arbejdet med modellen har haft en positiv virkning. Det er ressourcekrævende at implementere rehabiliteringsmodellen og i særdeleshed at inddrage sygeplejerskerne i det tværfaglige samarbejde, men det er konstruktivt og ifølge projektledere og ledelsen i begge kommuner den eneste rigtige vej at gå." S.117	Ingen eksplicitte anbefalinger /videre forskning (jf. resultater for implicitte anbefalinger)	Gøre brug af WHODAS, DEMMI, UCLA, SMART-e mål og COPM i tilrettelæggelsen og evalueringen af borgerforløb. s. 149. "Vurderingen af implementeringen af den konkrete model, er hovedsageligt baseret på interview med medarbejdere og ledere samt på en spørgeskemaundersøgelse til medarbejderne i de to kommuner." S.29

Værk	Formål	Problemstillingen	Udfordringer	Anbefalinger	Bemærkninger
(7) KORA. Kjellberg, P. K. & Lea Graff (2017): <i>Sygeplejerskerne's rolle i rehabilitering i ældreplejen – Hvad kan vi lære af danske studier?</i> Rapport.	"KORA har til formål for dette notat gennemgået en række danske studier om sygeplejerskers rolle i rehabilitering på ældreområdet. Formålet har været at vinde indsigt i muligheder og barrierer for at inddrage sygeplejerskerne i det rehabiliterende arbejde." S.5	"Sygeplejerskerne fremstår i alle de gennemgåede studier som en uundværlig og vigtig samarbejdspartner for hjemmeplejen, der i arbejdet med rehabilitering af den konkrete borger ofte (men ikke altid) vil have brug for en sygeplejefaglig vurdering eller indsats. Terapeuter er en vigtig motor for kommunernes arbejde med rehabilitering og hele den omstilling, som det er og fortsat vil være at ”gå fra pleje og omsorg til rehabilitering”. For mange kommuner er det fortsat en udfordring at implementere rehabilitering som et projekt, der er båret af terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere, ind i en virkelighed, hvor sygeplejerskerne indgår som de naturlige sparringspartnere." S.5	-"Studierne finder samtidig, at det er en vedvarende udfordring for kommunerne at integrere sygeplejerskerne i deres tilbud om rehabilitering, og at en del af udfordringen skyldes, at sygeplejerskerne tildeles roller og funktioner, som de ikke oplever er kompatible med deres faglighed." S.5 -"Alle øvrige studier peger på, at det kan være svært at motivere sygeplejerskerne til at indgå i arbejdet med rehabilitering, fordi a) det fortrinsvis er den terapeutfaglige baggrund, der opleves relevant i arbejdet med at styrke borgernes mestring af dagligdagens aktiviteter, og b) det ikke er alle borgere, der er målgruppe for kommunernes tilbud om rehabilitering, der har brug for en sygeplejefaglig indsats." S.18	-"I arbejdet med at integrere sygeplejerskerne i rehabilitering synes det at være relevant at an-vende Aarhus Kommunes skelnen mellem på den ene side rehabilitering (en egentlig tværfaglig indsats, herunder også med sygeplejersker) og på den anden side ”rehabilitering light” (en mono- eller flerfaglig indsats ved terapeuter samt evt. social- og sundhedsmedarbejdere). Der synes også at være behov for at skelne mellem den indsats, som kommunerne giver til borgerne efter servicelovens paragraf 83 (almindelig hjemmehjælp) og paragraf 83a (rehabiliteringsforløb)." S.5 -"De borgere, der er målgruppe for rehabilitering efter servicelovens paragraf 83a, vil ofte kun have behov for en mono- eller flerfaglig indsats ved terapeuter og/eller social- og sundheds-medarbejdere (”rehabilitering light”), og der bør derfor arbejdes på at finde løsninger, som tilgodeser dette for sygeplejerskernes perspektiv og kun inddrager dem i det omfang, at der reelt er behov for en sygeplejefaglig vurdering og indsats." S.5 -"De borgere, der er målgruppe for paragraf 83, har ofte større eller mere sammensatte behov, og de vil ofte have behov for et sygeplejefagligt blik, og her er det en væsentlig pointe, at sygeplejersken skal vedblive at være social- og sundhedsmedarbejdernes naturlige sparringspartner. Et rehabiliteringsprojekt, der er målrettet de borgere i den almindelige hjemmepleje, der <i>ikke</i> er målgruppe for paragraf 83a, kan sandsynligvis med fordel inkludere hjemmesygeplejen i en mere aktiv rolle, hvor fokus ikke så meget er på borgerens hverdagsaktiviteter (ADL), som den er på borgerens almene helbredstilstand." S.5 "Øvrige opmærksomhedspunkter i arbejdet med at inkludere sygeplejersker i rehabilitering kan involvere: (1) at sygeplejerskerne aktivt inddrages i at definere betydningen af deres særegne faglighed i forståelsen og udførelsen af rehabilitering, og at de aktivt forsøger at udfylde deres rolle i det tværfaglige, rehabiliterende arbejde	"Notatet er baseret på KORAs mange studier af det tværfaglige samarbejde om rehabilitering på ældreområdet fra perioden 2008-2016 (Rostgaard, T. & Graff, L. 2016, Petersen, A., Kjellberg, P.K. 2016, Kjellberg 2010, Kjellberg, Ibsen & Kjellberg 2011, Kjellberg 2012, Kjellberg et al. 2013b, Madsen et al. 2014, Navne & Kjellberg 2013, Kjellberg et al. 2013a, Kjellberg & Ibsen 2010, Kjellberg & Ibsen 2012)." S.7

Indledning til retningslinjer/policy ift. rehabilitering i Danmark

Siden 1. januar 2015 er det blevet lovpligtigt for kommunerne at tilbyde rehabiliteringsforløb til ældre borgere, der søger om hjemmehjælp (forord fra "hænderne fulde"). Paragraffen fra service loven der referer specifikt til rehabilitering (83a):

Paragraf 83 service loven:

§ 83. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde

1) personlig hjælp og pleje og

2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet.

Stk. 2. Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Stk. 3. Tilbuddene efter stk. 1 kan ikke gives som generelle tilbud efter § 79.

Stk. 4. Kommunen skal ved tilrettelæggelsen af pleje og omsorg m.v. for en person med en demensdiagnose så vidt

muligt respektere dennes vejledende tilkendegivelser for fremtiden med hensyn til bolig, pleje og omsorg (plejetestamenter).

§ 83 a. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter [§ 83, stk. 1](#). Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov. Stk. 2. Rehabiliteringsforløbet, jf. [stk. 1](#), skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet. Stk. 3. De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren. Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. [stk. 2](#). Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Hvis modtageren ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter [§ 83](#), jf. [§ 83, stk. 6](#).

Det øget fokus på rehabilitering generelt, og især i forhold til ældre pleje, har medført en del litteratur der prøver at kreere guidelines for hvorledes rehabilitering bedst implementeres og forankres i kommunerne. Nedenstående værker er et udpluk af disse, og omhandler retningslinjer/"best practice"/policy ift. rehabilitering i Danmark. I displayet af værkerne vil der fremstilles hvilke anbefalinger/udfordringer/retningslinjer de fremføre, og fokus vil primært være på implementering, koordinering og tværfaglighed.

Kapitel 12 - Appendix & Bilag

Værk	Formål	Definition	Retningslinjer	Udfordringer	Anbefalinger
(8) MarselisborgCentret (2004): <i>Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet.</i> "Hvidbog skal her forstås som et dokument, der beskriver de grundlæggende elementer og centrale aspekter af et emne – her rehabiliteringsbegrebet, og som angiver fremtidige udfordringer og opstiller anbefalinger for området." s.9 "policy"	"Det er bogens ambition at udgøre et fælles, nationalt grundlag og referencepunkt for det videre arbejde med rehabilitering i Danmark. Et grundlag, der efterfølgende skal udvikles, konkretiseres og operationelt tilpasses forskellige målgrupper og praksisområder, og som kan være udgangspunkt for politiske overvejelser og initiativer til afklaring af rehabiliteringens fremtidige rammer, fx med hensyn til struktur, organisation og ressourcer, hvilket denne hvidbog ikke berører." S.2	Rehabilitering: "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" s.16	Forslag til nationale retningslinjer: "At rehabilitering, uanset statslige, regionale og kommunale strukturer, skal tilrettelægges som et sammenhængende forløb med samordnede udredninger og målsætninger, hvortil der forudsættes en professionel tilrettelagt koordination mellem de sektorer, institutioner og instanser, der skal involveres" s.58 -"At der for alle relevante faggrupper skal iværksættes efter- og videreuddannelse med specialist-godkendelse i rehabiliteringsforløb, samt at rehabiliteringsviden ligeledes skal indgå i grunduddannelserne for alle relevante faggrupper" s.58 -"At der skal iværksættes målrettet rehabiliterings-forskning. Forskning i rehabilitering skal desuden indgå som et særligt element i en national forskningsplan" s.58 De resterende 5 forslag til retningslinjer kan ses på side 58.	Koordination af rehabiliteringsarbejdet: " • I de nuværende rehabiliteringsarenaer mangler incitament, organisatoriske og strukturelle rammer og metoder til at gennemføre koordinering af rehabiliteringsprocessen • Fagfolk mangler forståelse og viden vedrørende varetagelse af koordineringen • Borgerne oplever ofte ikke sammenhæng i deres rehabiliteringsprocesser, hverken mellem de forskellige indsatser eller i forhold til deres hverdagsliv" s.55 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde: "• At der er forskellige, sektorafhængige lovgivninger med forskellige betydninger af ord som fx funktionsevne og deltagelsesaspektet • At der skal foretages en omdefinering af, hvordan ressourcerne fordeles i organisationen, så der skabes råderum til det tværfaglige og tværsektorielle arbejde, herunder inddragelse af civilsamfundet • At der blandt fagfolk kan forekomme en vis faglig skepsis over for andre faggrupper og et ønske om at beholde opgaverne inden for egne faglige rækker" s.55	Koordination af rehabiliteringsarbejdet: "Der må fokuseres på at koordinere indsatsen inden for flere faglige specialer og sektorer, herunder det civilsamfundsmæssige område. Der bør tilvejebringes mere viden om denne problemstilling, dels ved at indhente eksisterende viden via litteraturgennemgang mv., dels ved forskning og udviklingsprojekter... Viden og dokumentation om god praksis vedrørende koordination i rehabiliteringsprocesser samt metodebeskrivelser skal udvikles. Der bør udvikles modeller for udarbejdelse af borgerorienterede, helhedsorienterede og målrettede rehabiliteringsplaner som styrings- og koordineringsredskaber for rehabiliteringsprocesserne. Disse modeller skal afprøves i praksis og kvalificeres løbende" Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde: Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde skal styrkes. Metoder og organiseringsformer skal udvikles og beskrives, og de faglige uddannelser samt videre- og efteruddannelser skal ruste fagfolkene til disse samarbejdsformer. Der bør findes en fælles referenceramme for det tværfaglige og tværsektorielle arbejde, og hermed udvikles en fælles terminologi inden for alle faggrupper og sektorer, der arbejder med rehabilitering. (Den internationale klassifikation af funktionsevne (ICF) har vist sig at kunne bruges konstruktivt til dette) s.56.

Værk	Formål	Definition	Retningslinjer	Udfordringer	Anbefalinger
(9) Rehabiliteringsforum Danmark¹ (jf. noter). Hjortbak, BR, Bangshaab J, Johansen JS, Lund H (2011): <i>Udfordringer til rehabilitering i Danmark</i>. Rapport/litteraturstudie. Diskutere de udfordringer der er ved at "virkeliggøre den vision for praksis, der ligger i definitionen af rehabilitering i Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" s.246	"Rehabiliteringsforum Danmark været optaget af at følge - og skubbe til rehabiliteringens udvikling. Hvordan foregår det så i praksis? Lever de forskellige former for rehabilitering op til definitionens elementer? Og hvis ikke det er tilfældet, skyldes det så gamle vaner, uforudsete nye vilkår i samfundet, eller er definitionen måske uklar eller urealistisk?" s.4 "Nærværende værk om <i>Udfordringer til rehabilitering i Danmark</i> har og ambition at bidrage med en beskrivelse og synliggørelse af de udfordringer, som udfoldelse af rehabilitering møder i praksis, på ledelsesplan, blandt myndigheder og ikke mindst på det politiske niveau. Udfordringer, der er med til at tegne et billede af status for implementeringen af tænkningen i <i>Hvidbog om rehabilitering</i>) i praksis." S.7	"For at sikre et fælles udgangspunkt for alle bidrag har det været en præmis, at Hvidbogens definition af rehabiliteringsbegrebet ikke skulle sættes til diskussion i forhold til de enkelte bidrag." S.8	Udfordringer m.h.t retningslinjer: (alle fremlagte udfordringer kan ses fra ss.243-244) - "med en manglende klarhed i lovgivningen om fordeling af ansvar og opgaver mellem forskellige sektorer er med til at skabes manglende målrettethed og effektivitet i rehabiliteringsindsatsen." S. 243 - "med de mange og forskellige love og ressortområder bliver det en udfordring såvel centralt som lokalt at konkretisere, hvorledes man i praksis omsætter lovgivningen til mere konkrete og handlingsrettede anvisninger for rehabiliteringspraksis." S.244 – "de mange aspekter og barrierer, der er i implementeringsprocessen for en given lovgivning og andre politisk-administrative rammer medfører store udfordringer på alle niveauer i forhold til at opnå en hurtig og effektiv implementering af de retlige initiativer på rehabiliteringsområdet" s.244	Tværfaglighed i rehabiliteringsprocessen (s. 104-117): " En udfordring ved at fokusere på tværfaglighed er også, at det af og til sætter faglighed og struktur i centrum, frem for det væsentlige – nemlig samarbejdet omkring den primære opgave. At sætte et forkert fokus medfører en risiko for, at vi kommer til at reproducere den hidtidige faglige tænkning og kultur. Derfor indeholder rehabilitering en risiko for, at det tværfaglige perspektiv kun omfatter medarbejdere inden for egen afdeling eller sektor, og i mindre grad inkluderer de øvrige aktører i indsatsen... Hvis der ikke sikres fælles forståelse i de forskellige diskurser, kan det hæmme tværfaglig viden og mening faggrupperne imellem, og kan derved sætte kimen til domænekampe mellem grupperne." S.114 Koordinerede og sammenhængende forløb (s.130-144): borgere og/eller deres pårørende oplever manglende: • Sammenhæng • Ansvarsplacering i den professionelle indsats • Udgangspunkt i borgerens ønsker og forventninger • Inddragelse og involvering af borgerne i planlægning • Kommunikation • Information, gennemsækelighed og kontinuitet i forløbene." S.133 " En af intentionerne med kommunalreformen er, at borgerne kun skal have én indgang til kommunen – men erfaringerne viser desværre, at der bag denne indgang er et virvar af døre, hvor borgerne og/eller de pårørende kan fare vild" s.137	Tværfaglighed i rehabiliteringsprocessen: 4 modeller på god tværfaglig praksis (s.112): (1)den cirkulære samarbejdsmodel,(2)socialpsykiatrisk forebyggelsesteam, (3)hospitalsbaseret rehabilitering, (4)specialistteamet. - " tværfagligt organiseret indsats med en høj grad af borgerinddragelse og på tværs af sektorer, giver de bedste resultater og effekter af rehabiliteringsindsatsen" s.113 "Tværfaglighed skal blive en metodisk tilgang, der helt naturligt skal indføres." S.114 "de gode rehabiliteringsforløb omtaler en vellykket tværfaglig koordinering, ofte med udgangspunkt i en koordinatorfunktion. Det gode rehabiliteringsforløb beskrives som forløb, hvor ledelse og koordinering er baseret på klare aftaler og planer". s.115 Koordinerede og sammenhængende forløb : eks. på gode modeller (s.139), en af dem: En kommunalmodel, hvor borgere med psykosociale handicaps tildeles en koordinerende sagsbehandler, når flere afdelinger i kommunen er involveret. Hvor kompetencer, ansvar, rolle og opgaver for parterne er beskrevet. Anbefaling af it-strategi:• Standarder for overgange • Fælles struktur for rehabiliteringsplan/ -journalen

Værk	Formål	Definition	Retningslinjer	Udfordringer	Anbefalinger	Bemærkninger
(10) Samarbejde mellem social-, undervisning s-, beskæftigelses-, indenrigs- og sundhedsministeriet (2011): <i>Vejledning til kommunal rehabilitering</i> .	"Det primære formål med vejledningen er at inspirere og understøtte den indsats, der sker i kommunerne og at sikre samarbejde og koordination mellem de fag- og forvaltningsområder, der har ansvaret for, at der er sammenhæng og kvalitet i den enkelte borgers forløb." S.4	Rehabilitering: "Rehabilitering handler om at give borgere med nedsat funktionsevne, herunder nedsat arbejdsevne, mulighed for at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller den bedst mulige funktionsevne fysisk, psykisk, kognitivt og socialt samt mulighed for at leve et meningsfuldt og selvstændigt liv." s.6 Funktionsevne: "Begrebet funktionsevne bruges i denne vejledning overordnet som et fælles begreb for borgers evne til at fungere i de sammenhænge, de lever i og er en del af." S.11 – bruger desuden ICF klassifikation: "Funktionsevne består iflg. ICF af tre komponenter: (1)Kroppens funktioner. (2)Aktivitet. (3)Deltagelse." S.8 Forløbsprogrammer på sundhedsområdet: "Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk tilstand. Programmet baseres på anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling mellem sygehuse, almen praksis og kommuner samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter." ss.39-40 → Her målgruppe: kroniske tilstande. Forløbsmodellen målgruppe: ældre.	"Rehabilitering nævnes ikke i lovgivningen på nogen af de fire sektorområder som en særlig opgave eller et særligt ansvarsområde. Dog er lovbestemte ydelser og tilbud som "genoptræning", "personlig og praktisk hjælp", "revalidering" og "kompenserende specialundervisning" eksempler på ydelser og tilbud, som kan indgå i rehabiliteringsindsatser." S.29 → Dette ændrede sig i 2015 med tilføjes af paragraf 83a i service loven.	"Nogle forløb kan være mere komplicerede. Der kan være tale om borgere, som efter sygdom eller ulykke har fået omfattende funktionsevnenedsættelse og har behov for ydelser og tilbud, som skal gives af flere fagfolk fra forskellige forvaltninger efter forskellige regelsæt. Der kan også være tale om, at der er behov for en indsats over meget lang tid, og at indsatsen skal justeres løbende, fordi nye behov opstår." S.43	Hvad der skal stræbes efter at opnå: "Vellykkede rehabiliteringsforløb indebærer bl.a.: (1)At borgerens mål og fagligt vurderede behov er i centrum for forløbet. (2)At der er sammenhæng mellem indsatserne i de enkelte sektorer og forvaltninger. (3)At det konkrete rehabiliteringsarbejde foregår tværfagligt og har høj kvalitet." S.34 "Kommunernes opgaver på rehabiliteringsområdet kræver information og viden. Det gælder både i forhold til udredningen af den enkelte borger og i forhold til tilrettelæggelsen og organiseringen af indsatsen. Rehabiliteringsforløbet bør være vidensbaseret, herunder bygge på den aktuelle bedste viden og hvis muligt evidensbaserede indsatser." S. 40 " For bedst muligt at kunne tilrettelægge de lokale indsatser er det nødvendigt at kende social- og sundhedstilstanden hos kommunens borgere og kende til hvilke udfordringer, der findes i forskellige dele af kommunen." S.41 Tværasektorielt: "For at sikre koordination og samarbejde mellem sektorer kan kommuner, sygehuse og almen praksis benytte sig af en række etablerede samarbejdsfora for kommunikation og vidensdeling, jf. tabel 4.1." → Tabel på s.38	Værket er en gennemgang/vejledning af kommuners mulighed for at gøre brug af rehabiliteringsforløb for borgere. Brødteksten henviser til paragraffer i loven løbende, og er referencerammen for vejledningen. Værket fokuserer ikke specifik på ældre. ift. rehabilitering. Foruden at fokusere på kommunens interne koordination og tværfaglighed ift. rehabilitering, så fokusere værket også på kommunens tværsektorielle samarbejde med regionen og det private. 9 eksempler på borgerforløb hvor der henvises til hvad man skal være opmærksom på ift. rehabilitering gennemgås fra s. 45-63

Evalueringer af kommunale rehabiliteringsprojekter:

1. Fredericia kommune "Længst muligt i eget liv" (inddraget)
2. Hedensted kommune "Aktiv hver dag" (inddraget)
3. Aarhus kommune "Grib Hverdagen" (inddraget)
4. Middelfart kommune (inddraget)
5. Slagelse kommune (inddraget)
6. Syddjurs kommune (inddraget)
7. Svendborg kommune (inddraget)

Evalueringer af andre kommunale rehabiliteringsprojekter

1. Egedal kommune "Det gode hverdagsliv" <https://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i13832/Rehabiliterende-hjemmepleje-efter-Egedal-modellen> (økonomisk evaluering)
2. Roskilde kommune "Hjælp til selvhjælp" <https://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i13562/Rehabiliterende-hjemmepleje-efter-Roskilde-modellen> (økonomisk evaluering)
3. Næstved kommune "Øvelse gør mester" <https://www.sfi.dk/publikationer/øvelse-goer-mester-i-naestved-kommune-10771/> (ASCOT evaluering – borgernes livskvalitet)
4. + 5. Struer kommune & Frederiksberg kommune https://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2016/Marts/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Rehabiliteringsforlob-paa-aeldreomraadet/Hovedrapport-om-offentlige-private-partnerskaber-om-rehabilitering.ashx
6. Odense kommune "Træning som hjælp" Kjellberg, J. & Ibsen, R. 2012, *Træning som hjælp. Økonomevaluering*, KORA, København. /// Kjellberg, P.K. 2012, *Træning som hjælp. Tidlige projekterfaringer fra Odense Kommune*, KORA, København.
7. Hillerød kommune "Aktiv i din Hverdag" Navne, L.E. & Kjellberg, P.K. 2013, *Aktiv i din hverdag i Hillerød Kommune*, KORA, København.
8. Esbjerg kommune "Gør Borgeren til Mester" Madsen, M.H., Christensen, I.E., Kjellberg, P.K., Kjellberg, J. & Ibsen, R. 2014, *Gør borgeren til mester i Esbjerg Kommune*, KORA, København.

Bilag 2 – Display af international litteratur

Databaser: pubmed, JSTOR, proquest, web of science og scopus.

Anvendte søgeord opdelt i 4 blokke:

(1) Intervention		(2) Målgruppe		(3) Fokus		(4) Niveau
- Rehabilitation Or - "Restorative care" Or - Reablement Or - "Everyday rehabilitation" Or - "Occupational therapy" Or - "Rehabilitation" (MESH) Or - "Recovery of function" (MESH)	A N D	- "Home care" Or - "Home-based care" Or - "Home care services" (MESH) Or - "Home care agencies" (MESH)	A N D	- Coordination Or - Collaboration Or - Interprofessional Or - "Multi professional" Or - Multi-professional Or Multiprofessional Or - Interdisciplinary Or - Multidisciplinary Or "Multidisciplinary team" Or - "Multi disciplinary" Or - Integration Or - "Interprofessional relations" (MESH) Or - "intersectoral collaboration" (MESH)	AND	- Organization* Or - Organisation* Or - Implement* Or - "Organization* change" Or - "Organization* improvement" Or - "Organization* innovation" Or "Organization and administration"(MESH) Or "Organizations"(MESH) Or "Health planning"(MESH) Or "Quality of health care" (MESH)

Kapitel 12 - Appendix & Bilag

Værk + Type: bibliografisk information. Artikel navn. Hvilke tidsskrifte. Hvilke land det er fra. Er det kvalitativ/kvantitativ. Rapport?.Evaluerings? etc.

Formål/metode: Hvad er formålet med interventionen/hvilke metoder er der blevet brugt.

Intervention/organisering: hvad ændres, hvilke sundhedsprofessionelle indgår. De organisatoriske rammer.

Professional practice coordination: Tværfaglig samarbejde

Process of change: Implementeringen af interventionen. Hvordan er forløbet. Hvor er vi henne i forløbet.

Challenges & possibilities: Hvilke problemer er der opstået/hvad er gået godt?

Videnshuller: hvilke forskningsområder kræver mere viden? Hvad kan andre studier fokusere på?

Andet: bemærkninger der ikke passer ind i de overstående parametre.

Værk Type	Formål/metode	Intervention/organisering	Professional practice coordination	Process of change	Challenges & possibilities	Videnshuller	Andet
(1) Health Soc Care Community Moe, C. & Brinchman BS (2017): <i>Tailoring reablement : A grounded theory study of establishing reablement in a community setting in Norway.</i> Norge. Grounded theory study. Rapport.	Formål: The aim of the study was to generate a grounded theory. Metode:-"The main source of empirical data was participant observations of selected meetings and home trainings " s.115	Intervention: Rehabilitating Organisering: "The new reablement team comprises a nurse, two occupational therapists, three physiotherapists and four nurse assistants. " s..114 "The study took place in a Norwegian municipality consisting of both urban and rural areas." S.114		(1) Replicating: "The participants visit the Fredericia team for training and focus on offering a similar service to the senior residents in their municipality." S.116 "The most dedicated and enthusiastic professionals are chosen to establish the reablement service" S.117 (2) Adapting: "Expanded collaborating and habituating are identified as the main strategies." S.117 (3) Establishing: "The habituating strategy leads to changed attitudes and new habits." S.118	"Our findings show that barriers to implementation are traditional patterns of action, individual and social attitudes towards activating senior residents, technological communication systems and rigidity stemming from ideas from new public management. " s.119	"Systematic accounts of what practitioners actually do when establishing reablement remain lacking " s. 114 "Reablement is relatively new in western countries, and there is a lack of research-based knowledge about the establishing process. "s. 119	"The strategies for tailoring reablement are identified as collaborating, developing knowledge, habituating and filtering. " s. 118

Værk Type	Formål/metode	Intervention/organisation	Professional practice coordination	Process of change	Challenges & possibilities	Videnshuller	Andet
(2) Disabil Rehabil. 2014;36(7):608-16 Steighaug, S. (2014): <i>Development of a model for organisation of and cooperation on home-based rehabilitation - an action research project.</i> -Norge. -Rapport -Stroke-patients. -Action-research project.	"Purpose: To develop a model for organisation and cooperation in home-based rehabilitation." S.608 "Method: Data were collected at seven meetings, and individual, qualitative interviews with a total of 24 persons." S.608	Intervention: indføre home-based rehabilitation for stroke-patients. Organization: "a coordinating unit assigned the paramount responsibility for the rehabilitation and an interdisciplinary team organising the collaboration on the practical level" s.608 Konstellationen af fagprofessionelle i teamsne på S.613	"physiotherapists and occupational therapists in both boroughs, at nursing homes and in the primary health service, largely indicated a shared understanding... Opinions among the nursing staff were divided" S.611 "A positive cooperative climate and considerable willingness were described, but several stressed inadequate structures and routines for cooperation in the boroughs. " s.611		"A number of informants spoke of busy days and the difficulty of getting staff to be coordinators and to draw up a plan. " s.612 "We have to deal with a lot of red tape in order to get anything done. Everything has got so cumbersome since the purchaser-provider organisation was brought in." s.612 "Some regarded it as a problem that electronic communication is appreciated in order to reduce face to-face contact... it is only possible to take individual decisions in Geric (samme som CURA I forløbsmodellen) "s.612		"The principles for rehabilitation are the same irrespective of the type of illness or functional disorder, and the results of this study are therefore assumed to have transferability for rehabilitation work in general." S.609

Værk Type	Formål/metode	Intervention/orga nization	Professional practice coordination	Process of change	Challenges possibilities	Videnshuller	Andet
(3) J Multidiscip Healthc. 2016 Apr 18;9:173-82. Moe, A & Brataas HV (2016): <i>Interdisciplin</i> <i>ary</i> <i>collaboration</i> <i>experiences</i> <i>in creating</i> <i>an everyday</i> <i>rehabilitatio</i> <i>n model: a</i> <i>pilot study.</i> Norge Kvalitativ Rapport	"The purpose of this study was to gain knowledge about employees' experiences with establishing a new multidisciplinary team S.173 Metode: "The study had a qualitative design using two focus group interviews with a newly established rehabilitation team.." S.173	Intervention: "The expectation was that the team itself would develop a model for interdisciplinary cooperation." S.174 Organization: "Apart from the project manager, the sample consisted of an occupational therapist, two care workers with further education in rehabilitation, a nurse, and a physiotherapist." s.174-175	jf. fase 2 process of change: "now they worked both in a multidisciplinary and transdisciplinary manner. Through a shared vision of achieving patient goals during home visits, they had ... developed a structure for the rehabilitation program." S.178 "The use of a primary care contact worked well: "The primary contact is well established with a checklist of what each worker does. Accountability leads to progress in these cases." s.178	"The data highlight three phases: (1) a planning phase (ten meetings over half a year), (2) a startup phase of trials of interdisciplinary everyday rehabilitation in practice (2 months), (3) and a third period specifying and implementing an everyday rehabilitation model (6 months). " s.177	"Working with the computer system and the medical documentation led to some frustrating experiences for the team. A separate tag for everyday rehabilitation was not created, and so the team was not sure how to document this." S.178 "After 8 months of practice, they found an arrangement by writing summaries, which were available for everyone, instead of typing up the synopsis." S.179	"There is more need for secure network solutions." S.173 "A cooperation model based on several forms of interdisciplinarity seems to function in home-based rehabilitation. This pilot study shows that the model is advantageous in developing better communication among team members. These points can be significant for the development of effective teamwork in Norwegian municipalities. Further research on these assumptions is needed.." S.180	"We used Lewis' model of interdisci- plinarity" S.175

Værk Type	Formål/metode	Intervention/organization	Professional practice coordination	Content of change/Process of change	Challenges possibilities	Videnshuller	Andet
(4) Disabil Rehabil. 2007 May 15;29(9):751-9. Stanmore, E & Waterman, H. (2007): <i>Crossing professional and organizational boundaries: the implementation of generic rehabilitation assistants within three organizations in the northwest of England.</i> England. Kvalitativ Rapport/evaluering	Formål: "This paper describes a joint project between a Primary Care Trust, an Acute Trust and Social Services in one region in the northwest of England.." S.751 Metode: "A total of 55 semi-structured interviews of patients, associated professionals and RA's were conducted." S.751	Intervention: "Thirty support worker staff from an Acute Trust, Primary Care Trust and Social Services were trained over a period of 18 months to become generic Rehabilitation Assistants (RAs)." S.751 Organization: "There appeared to be some general variations in the RA role between types of settings such as the hospital and community with other more specific differences such as between different wards in the hospital and between organizations such as the NHS and Social Services." S. 755	"Inter-disciplinary relationships in relation to staff spending time with the RAs and understanding their experience, training and abilities appeared to be crucial to the integration and acceptance of the role." s.757 "Professionals' highlighted the importance of the RAs reporting detailed feedback to report progress, clarify limitations and respective roles" s.757 "Several of the RAs initially perceived some resentment from nursing staff in both ward and community settings as their work was viewed as easier but rewarded more highly. This appeared to resolve as the role became more embedded in usual practice" s.757	"The ward RAs tended to revert back to their previous nursing assistant role at times of the day when certain time-consuming nursing tasks were carried out." S.755		"Further research is recommended nationally, to track the development and evaluate the effectiveness of similar roles." S.751	

Værk Type	Formål/metode	Intervention/organization	Process of change/Content of change	Challenges & possibilities	Videnshuller
(5) Implement Sci. 2014 Nov 7;9:162. Ploeg, J. et. al. (2014): <i>Spreading and sustaining best practices for home care of older adults: a grounded theory study.</i> Canada Kvalitativ Research. Grounded theory Study.	"The purpose of this study was to understand how best practices related to older adults are spread within home care organizations." S.1 "Methods: interviews were conducted with frontline providers, managers, and directors at baseline (n =44) and 1 year later (n =40).." S.3 (s5 beskrivelse af deltagere)	Intervention: "The organizations were included if they had spread, were in the process of spreading, or planned to spread tools and processes related to these best practices within their organization." S.3 Method: Three organizations provided home care services directly in clients' homes, while one organization coordinated the provision of home care services." S.3 (tabel der opsummerer de 4 organisationer på s. 3)	"Strategies such as educating/coaching and evaluating and feedback were key to sustaining the change. Spread occurred within the home care context of high staff and manager turnover and time and resource constraints." S.1 "Participants described strategies used to collect feedback from frontline users including formal written evaluations, team meetings, and informal discussions with managers and project leads." S.9 Beskrivelse af spread faseme i org 1 & 2 s.7-8	"Project leads were managers or resource staff who led the spread process with passion and commitment; their leadership was seen as a driving force that created a necessary following for successful spread." S.10 "While it was challenging to obtain impact information, seeing ... benefits created an ongoing momentum for the spread process." S.12	"There is limited rigorous research on the process of spread, factors influencing spread, and models of spread. It is particularly important to study spread within the home care sector given the aging of the population, expansion of home care services internationally, the high proportion of older adult users of home care services, and the vulnerability of this group who are frail and live with multiple chronic conditions." S.1 "Research is also needed to explore how external spread happens in and beyond the home care sector, as external spread was not evident in this study.." S.14

Værk + Type	Formål/metode	Intervention/organization	Process of change/Content of change	Challenges possibilities	Videnshuller	Andet
(6) Int J Nurs Stud. 2014 Jul;51(7):1014-26. Masso, M (2014): <i>Mechanisms which help explain implementation of evidence-based practice in residential aged care facilities: a grounded theory study.</i> Australien. Kvalitativ research. Grounded theory study	Formål: "What mechanisms influence the implementation of evidence-based practice in residential aged care and how do those mechanisms interact?" s.1014 Method: "People were purposively sampled and invited to participate in semistructured interviews, resulting in 44 interviews involving 51 people. Participants had direct experience of implementation in 87 facilities, across nine areas of practice, in diverse locations." S.1014	Intervention: "The context for the study was a nation-wide programme in Australia to implement evidence-based practice in residential aged care, in nine areas of practice, using a wide range of implementation strategies and involving 108 facilities." S.1014 Organization: "There were considerable variations in organisational type, including variations in size, business model, ownership and corporate structure. There were no discernible patterns in terms of how these variables influenced organisational capability.." S.1021	"A series of factors were identified by participants as important for achieving a common ground for change: conversation, language, how care was framed, how change was framed and whether colleagues were alike or not alike in some way." 1018. "Changes that could be incorporated into existing systems and structures became routine more quickly than those that could not." S.1020	"The main issues regarding organisational capability were documentation systems, accreditation and the availability of resources. The capacity to change was quite limited, with participants referring to the need to implement change in small, incremental steps." S.1021 "It is hard to keep things going, other things happen. Life gets busy. We went to electronic nursing care plans and progress notes and that took a lot of our time. Things keep happening all the time so you can't spread everywhere. (6F)" s.1019	"(1) How to implement 'evidence' in residential aged care is a relatively under-research area of knowledge translation. (2) There is no prescription for implementing evidence-based practice. No strategies to change practices work all the time. (3) Previous research has tended to focus on how to change the practices of individuals rather than answer the question of how context influences implementation strategies." S.1015 "Although the concept of evidence-based practice is well established in health care, what is not so well established is 'how to do it'" s.1015	Analyse metode + interview metode fra s.1016-1017

Værk Type	Formål/metode	Results	Challenges & possibilities	Videnshuller	Andet
(7) Bull World Health Organ. 2017 Nov 1;95(11):756-763 Araujo de Carvalho, I et. al. (2017): <i>Organizing integrated health-care services to meet older people's needs</i>	Formål: "In this paper we discuss WHO's approach to integrated health care for older people. However, the integration of health and long-term care systems is beyond its scope." S.756	"many existing health systems manage health issues in a disconnected and fragmented way and there is a lack of coordination across care providers and settings and in the timing of the care provided.." s.756 "Often terminology varies between programmes, as does the range of factors that should be included in, or excluded from, analyses."s.758 "Experience to date indicates that most programmes designed to provide integrated care for older people have taken a bottomup approach to change and have been supported by higher-level policy and by mechanisms for sharing financing and accountability within teams." S.760	"Several factors appear to be limiting the widespread adoption of integrated care for older people, including a lack of political commitment, gaps in general knowledge about integrated care, problems with implementation and inadequate sharing of experiences with integrated care internationally." S.759		

Værk + Type	Formål/metode	Intervention/org anization	Professional practice coordination	Challenges & possibilities	Videnshuller	Andet
(8) Nursing Times; 109: 29. 18-21. O'Doherty E (2013): <i>Nurses' role in care home rehabilitation</i> Irland. Rapport. Qualitative descriptive design study.	Formål: "The aim of this study was to explore nurses' perceptions of their role in the rehabilitation of older people in long-term care residences." S.1 Metode: "Ten nurses working in two long-term care residences participated in this qualitative descriptive design study."	Intervention: nursing rehabilitation in residential care for older people. Organisering: De har fokus på 2 long-stay residences. Organiseringen forstås ud fra organiseringen i disse long-stay residences, hvor nurses har en "24- hour presence".	"They were positive about multidisciplinary collaboration and reported that multiple skills were needed in rehabilitation nursing, expressing a need for further education and training." S.1-2 "Nurses can feel that their contribution to rehabilitation is neither valued nor recognised by patients or other members of the care team" s.2 "They also reported positive experiences of working with other professionals, for example physiotherapists and occupational therapists. They found these professionals supportive, due to the additional expertise they were able to bring to the care team." S.4	"Waters and Luker (1996) suggested that nurses' overprotective behaviour has been known to contribute to dependent behaviours in older people." S.5 "Some participants described the challenges associated with nursing rehabilitation of older people, with time constraints being a major concern." S.5		"While every effort was made to remain neutral through adherence to research protocols, bias of the researcher (a nurse), may be a limitation of this study given that it examined other nurses' perceptions and attitudes. The sample size is also a limitation as it is only representative of two long-stay residences." S.6

Værk + Type	Formål/metode	Intervention/organization	Professional practice coordination	Challenges & possibilities	Videnshuller	Andet
(9) Int J Older People Nurs. 2014Sep;9(3):209-16 Kraft, M & Hedman, A & Blomberg, K. (2014):<i>The health care professionals' perspectives of collaboration in rehabilitation – an interview study.</i> Sverige. Rapport. Interview-study.	"Aim: To describe collaboration in rehabilitation from the perspective of healthcare professionals." S.209 "Methods: Qualitative interviews were conducted with ten healthcare professionals, including: occupational therapists, physiotherapists and nurses, who worked in three different short-term care settings." S.209	Intervention: " STC (Short-Term Care units) involves a team of professionals, working in collaboration to deliver rehabilitation and nursing care after hospital stays, where the aim is to provide care to disabled older people with multiple impairments." s. 210 Organization: "The STC team may consist of assistance officers (AO), nurses (RN), occupational therapists (OT), physicians, physiotherapists (PT) and for example other professionals such as assistant nurses (AN).. " S.210	"The findings indicate the importance of leadership and organizational structures for stimulating communication, and promoting collaboration between team members. In addition, working as a professional in short-term care requires individual skills in collaboration efforts, including awareness of one's own professional identity. " s.209	"Collaboration could be discouraged due to the varying views and cultures of the different professions." S.214 "Having adequate work experience within one's own profession was described as being important in developing a strong sense of professional identity." S.212 " It was found that on occasions, staff members from acute care did not pass on information about the patients' state of health before they were admitted to the STC unit. The professionals described this work situation as hard to cope with. " s.213 "Some of the team members are happy with the daily reports, but we (the OT and the PT) think they take too much time from our daily work. We would prefer to have rehabilitation meetings focusing on each individual patient instead'" s.213		

Værk + Type	Formål/metode	Intervention/organization	Professional practice coordination	Challenges & possibilities	Videnshuller	Andet
(10) J Interprof Care. 2013 May;27(3):246-53. A, Duner (2013): <i>Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries</i> Sverige. Rapport.	"The aim of this study was to examine professional collaboration and professional boundaries in interprofessional care planning teams." S.246 Metode: "Two different care planning teams were studied, one performing care planning in the homes of older individuals and the other performing care planning for older people in hospital wards." S.246 uddybende redegørelse + analysemetode s.247-248	Organization: "The teams performed care planning either at the hospital ward before the old people's discharge or in the homes of older people just after their discharge from hospital and consisted of four categories of professionals: registered nurses (RNs), social workers, physiotherapists and occupational therapists.." S.247	"Findings in this article support the idea that boundaries between the professions are under continuous change and the view of the team as an arena for boundary work" s.252 "A distinct picture of profession-specific decision-making emerges, though very few types of decisions were made by more than one profession, reflecting the strict, formal regulation of the decision-making in the municipalities." S.249 "Both the social workers and the RPs perceived the nurses as having a narrow perspective." S.250 "The appointment of the nurse as CM in the home planning team led to a more coordinating role of the nurse in this team." S.251	"All professionals in the home planning team emphasized the importance of sitting together, under the same roof. They stressed the importance of formal and informal meetings among themselves and of the possibility to discuss the care planning meetings afterwards" s.251	"there is a general lack of studies based on observations of interprofessional teamwork combined with interview data." S.247	"The findings from this study may be interpreted in terms of boundary work between the involved professions" s.251

Værk + Type	Formål/metode	Intervention/org anization	Professional practice coordination	Challenges possibilities	Videnshuller	Andet
(11) International Journal of Older People Nursing 9, 25–33. Randström, KB. (2014): <i>Working with 'hands-off' support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people.</i> Sverige Rapport Kvalitativ/interviews.	"The aim of the study was to explore multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people." S. 25 Metode: ""This study adopted a descriptive qualitative approach using focus groups interviews. " s.27 konstellation af fagprofessionelle I fokusgruppe interviews på s.27	Organization: "Each team included such professionals as physiotherapists, occupational therapists, district nurses, nurse assistants, home helps, home help officers responsible for needs assessment, and home help officers in charge of home help." s.27	"Participants' experiences suggested that flexibility in their work was vital for positive outcomes"s.29 "Participants mentioned that having a common office (i.e. the physical location), where all team members could meet and plan their work, facilitated their collaboration" s.29"	"The results of the present study generally support previously identified factors in effective teamwork that is, commonality of values, commonality of knowledge, respect for others' contributions, intrateam communication, staff commitment and team creativity" s.30	"While there are a number of quantitative studies of teams working with older persons living in the community, there are a limited number of qualitative studies about the experiences of teams working in the older person's home. However, there are no studies concerning teams based in a municipality performing rehabilitation for persons with a range of needs"s.26	

Værk + Type	Formål/metode	Intervention/organization	Professional practice coordination	Challenges & possibilities	Videnshuller	Andet
(12) Scand J Occup Ther. 2010;17(2):101-16. Johansson, G et. al. (2010): <i>Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review.</i> Sverige Systematic literature review	Formål: "The aim of this paper was to explore literature concerning the benefit of multidisciplinary teamwork as it applied to teams working with elderly persons living in the community." s.102 Metode: "The research method was a systematic literature review and a total of 37 articles was analysed." s.102 yderlig beskrivelse s.102-104	Intervention: "<i>Teams in different context.</i> Teams for treating elderly persons living in the community were mainly found in three different contexts: in acute hospitals, in primary care and in community care." S.104 Organization: "<i>Professions in team.</i> The most frequently represented professions were, in descending order: nurses, occupational therapists, physiotherapists, social workers, and physicians. Dietitians, pharmacists, speech therapists, and psychologists were only mentioned in a few of the articles" s.104	"It was found that occupational therapists, physiotherapists, and social workers play an influential role in guiding team recommendations. But it was also demonstrated that team decision-making was inconsistent and influenced by both patient status and group dynamics" s.102	"Different professionals also brought their own organizational culture of values, beliefs, and ways of thinking which led to a fear of misunderstanding and loss of identity within the group. Another study described how team structure and aims were dictated by local interests, concerns, and resources." S.106 "Informal networking among colleagues was emphasized as the most valuable and important form of integration in home-based care" s.106	"To the best of our knowledge, there is a lack of systematic review of the impact of teamwork and the appropriate way for professionals to work together as a team serving elderly persons living in the community." S.102	"Thylefors et al. (53) found that the terms multi-, inter- and trans-professional often were used interchangeably and randomly in practice. The authors suggested instead the term "cross-professional team work" as a generic term for further research and a contingency model for investigating the relationship between team type, efficiency, and team climate. The term "cross-professional team work" is defined as "individuals from different disciplines working in a team toward a common goal"" s.107

Værk Type	Formål/metode	Intervention/or ganization	Professional practice coordination	Process of change	Challenges	Videnshuller
(13) J Multidiscip Healthc. 2017 May 5;10:195-203. Birkeland, A et. al. (2017): <i>Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study</i> Norge. Kvalitativ.	“Objective: To elucidate how the interdisciplinary collaboration in reablement worked in a Norwegian context.” S.195 “methods: Seven focus group interviews were conducted with 33 health care providers working in interdisciplinary reablement teams in seven municipalities across the country..” S.195. research design 196-198	Intervention: Reablement (rehabilitering) Organisation: forskellig organiseringer mellem de forskellige kommuner. Ikke redegjort for	“It is not we who decide what to do, it is the patient’s own goals and they do not distinguish between professions. If the goal is to wash the floors, all are equally involved.”” s.198 “The establishment of an interdisciplinary team where everyone was more or less at the same hierarchical level, resulted in the professionals being “forced” to adhere to each other. The reason for an experience of good collaboration and community was therefore mainly attributed to the organization.” s.198 “The way the teams collaborated were largely dependent on talking and meeting each other to bring the different challenges to a multidisciplinary assessment. Thus specific situations could be discussed and team members learned from each other through the interdisciplinary discussion” s.199 “To be assembled into interdisciplinary independent teams led to some major changes in roles and responsibilities. An occupational therapist could change from a specialist function and relatively isolated role, to working closely with nurses in the home care service”. S199 ” By seeing the other professions’ role, it was consequently possible to see one’s own role.” S.199 “A tight interdisciplinary collaboration causes major changes in roles, often from a particular role to a more general role with broader job tasks. S.195	“Many municipalities were in an establishment phase of reablement..” S.201.		“Further research is needed to get more knowledge and understanding regarding how different ways of organizing of reablement affect interdisciplinary collaboration.” S.202

Værk Type	Formål/metode	Interventionorganisation	Professional practice coordination	Challenges & possibilities	Videnskuller	Andet
(14) Rehabil Nurs. 2013 May-Jun;38(3):142-52 White, MJ. et. al. (2013): <i>A pilot for understanding interdisciplinary teams in rehabilitation practice.</i> USA Kvalitativ. Litterature review+ Kvantitativ. pilot survey study	Formål: "A pilot study to understand IDTs (interdisciplinary teams) from the perspective of the rehabilitation nurse (RN), the physical therapist (PT) and the occupational therapist (OT)." S.143 Metode: Litterature review+ Kvantitativ. pilot survey study S.142	Intervention: "The interdisciplinary team is a group of professionals who work collaboratively to set goals for the patient. Ideally, they are on the same hierarchical level with high levels of communication and collaboration." S.143 Organization: "The committee chose to study RNs, PTs, and OTs in this pilot as these professions are routinely a part of IDTs." S.145	"Responses from all three disciplines overwhelmingly cited communication as the most important facilitator of effective IDTs." S.150 "Care should be given to learning the roles of each team member. It should never be assumed nurses, PTs or OTs truly understand each other's roles or that their education prepared them adequately for being an effective team member." S.150	Litterature review: "Strasser, Falconer and Martino-Salzman (1994) said that conflict around professional boundaries and defensiveness of their roles created barriers for teams to be successful." S.145 Surveys study: (word-cloud på s149). "In the list of barriers, lack of communication was most frequently cited. Interesting that communication is seen as the major facilitator as well as the major barrier in effective IDTs. Also listed were rigid meeting times, physician led meetings, unavailability of all members, lack of facility support, lack of knowledge of team process, unequal education, placing blame, and unpreparedness. These barriers are consistent with the literature." S.146	"An essential component of IDTs that was not assessed in this study is the role of the physician. Future research should aim to study physicians working in rehabilitation settings and interdisciplinary teams to gauge their perceived role with the other members as well as how communication is affected by their presence. Other team members could also be assessed, such as social workers, psychologists and/or speech pathologists." S.150	Detaljeret Beskrivelse af responder side 147-148

Værk Type	Formål/metode	Intervention/organization	Professional practice coordination	Challenges possibilities	Videnshuller	Andet
(15) Can J Aging. 2014 Sep;33(3):271-84. Smith-Carrier, T & Neysmith, S (2014): <i>Analyzing the interprofessional Working of a Home-based Primary Care Team.</i> Canada Kvalitativ+ kvantitativ case study. Interviews+ observation+ survey	Formål: "we identified key attributes for effective interprofessional working (IPW) within a home-based primary care (HBPC) setting." S.271 Metode: "Based on a case study involving interviews, participant observation, and a survey" s.271	Intervention: "The HBPC team delivered primary health care services, geriatric care, chronic disease management, and end-of life care to frail, homebound elders in their homes" S.275 Organization: "IPW health care teams include nurses, physicians, social workers, occupational therapists, physiotherapists, dieticians, pharmacists, team coordinators, specialists (e.g., geriatricians), semi-professionals (e.g., health care assistants), and/or community workers (e.g., care coordinators, personal support workers, etc.;" s.274	"Participants discussed how the leader must possess certain qualities that promote a collaborative environment. " <i>Not aggressive, s/he's assertive, that's a good leadership quality</i> ," explained TM2, adding, " <i>It's so nice to see a physician who is so open to feedback and team collaboration</i>" Within a "safe and supported" environment, the team collectively reaches decisions." S.278 The following quote illustrates how a disagreement was handled by the team. " <i>There is one issue that I disagreed passionately about but I was really the only one. ... I said, 'you know I would never misrepresent the team or anything like that, I just strongly disagree with this,' and they were fine with that and I was fine with that.</i>" S.278 "The use of the virtual client record was deemed vital but could not replace opportunities for regular face-to face interaction. " S.278-279	"Although the team initially started almost as a collective, not all team members were comfortable with this flat structure as time progressed. Internal pressure was as strong as external pressure in determining the responsibility ladder, and in the end, the team adopted the traditional route of physician lead.." S.275	"The home in "home care" has largely escaped such scrutiny. Research will need to centre this social institution if we are to develop flexible teams where ambiguity and uncertainty are assumed." S.281	Beskrivelse af interviews+ observation+ survey på side 276-277

Bilag 3 – Tabeller & figurer

Figur 1. Stata udprint af resultat fra regressionsanalyse med SV-O som afhængig variabel og enhed som uafhængig variabel.

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	27
				F(18, 8)	=	6.37
Model	25.6146569	18	1.42303649	Prob > F	=	0.0059
Residual	1.78756357	8	.223445446	R-squared	=	0.9348
				Adj R-squared	=	0.7880
Total	27.4022204	26	1.05393155	Root MSE	=	.4727

org_sv	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
EO					
2	-.9453788	.668499	-1.41	0.195	-2.48694 .5961826
4	-1.936784	.668499	-2.90	0.020	-3.478346 -.3952228
5	-1.878799	.5458271	-3.44	0.009	-3.137479 -.6201196
6	-3.607176	.668499	-5.40	0.001	-5.148737 -2.065615
7	-2.328555	.668499	-3.48	0.008	-3.870117 -.7869939
8	-.0069249	.5789371	-0.01	0.991	-1.341956 1.328106
9	-1.379253	.5789371	-2.38	0.044	-2.714285 -.0442219
10	-.3663375	.5789371	-0.63	0.545	-1.701369 .9686938
11	-3.029681	.5789371	-5.23	0.001	-4.364712 -1.694649
12	-.9757891	.668499	-1.46	0.183	-2.51735 .5657724
13	-1.07871	.5789371	-1.86	0.099	-2.413742 .2563209
14	-1.694614	.5789371	-2.93	0.019	-3.029646 -.3595831
15	-.1711345	.668499	-0.26	0.804	-1.712696 1.370427
16	-1.176389	.668499	-1.76	0.116	-2.71795 .3651724
17	-1.531142	.668499	-2.29	0.051	-3.072703 .0104199
18	-1.138317	.668499	-1.70	0.127	-2.679879 .4032441
19	-.8822985	.668499	-1.32	0.223	-2.42386 .659263
21	.3928242	.668499	0.59	0.573	-1.148737 1.934386
_cons	4.607176	.4727002	9.75	0.000	3.517127 5.697224

Figur 2. Stata udprint af resultat fra regressionsanalyse med outcome som afhængig variabel og dummy-variabel med 0=hjemmeplejen/1=sundhedsenhed som uafhængig variabel, kontrolleret for faggruppe.

```
. reg outcome enhedhpsue i.faggruppe
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	368
				F(8, 359)	=	6.15
Model	178.897821	8	22.3622276	Prob > F	=	0.0000
Residual	1305.49077	359	3.63646453	R-squared	=	0.1205
				Adj R-squared	=	0.1009
Total	1484.38859	367	4.04465555	Root MSE	=	1.907

outcome	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
enhedhpsue	.0322427	.3562888	0.09	0.928	-.6684328 .7329182
faggruppe					
Fysioterapeut	-1.808878	.4836661	-3.74	0.000	-2.760053 -.8577036
Ergoterapeut	-1.009376	.4615857	-2.19	0.029	-1.917128 -.1016246
Social- og Sundhedsassistent	-.2034569	.3649134	-0.56	0.578	-.9210933 .5141796
Sygeplejerske	-1.482266	.4206706	-3.52	0.000	-2.309555 -.6549781
Borgerkonsulent	-1.293824	.5257232	-2.46	0.014	-2.327708 -.2599398
Ressourcerkoordinator	-.0664577	.564123	-0.12	0.906	-1.175859 1.042943
Andet	-.1337453	.5107936	-0.26	0.794	-1.138269 .8707783
_cons	6.828248	.1811136	37.70	0.000	6.472071 7.184425

Kapitel 12 - Appendix & Bilag

Figur 3. Stata udprint af resultat fra regressionsanalyse med outcome som afhængig variabel og dummy-variabel med 0=hjemmeplejen/1=plejhjem som uafhængig variabel, kontrolleret for faggruppe.

```
. reg outcome enhedhph i.faggruppe
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	306
Model	114.08807	7	16.2982958	F(7, 298)	=	5.38
Residual	902.996897	298	3.03019093	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.1122
				Adj R-squared	=	0.0913
Total	1017.08497	305	3.33470481	Root MSE	=	1.7407

outcome	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
enhedhph	1.281202	.215428	5.95	0.000	.857249	1.705155
faggruppe						
Fysioterapeut	-.5292906	.6055157	-0.87	0.383	-1.720919	.662338
Ergoterapeut	-.9064389	.5051006	-1.79	0.074	-1.900455	.0875771
Social- og Sundhedsassistent	-.2991993	.2480321	-1.21	0.229	-.7873157	.1889171
Sygeplejerske	-.2737436	.4184197	-0.65	0.513	-1.097175	.5496881
Ressourcerkoordinator	.0375955	.5449313	0.07	0.945	-1.034806	1.109997
Andet	.036657	.47063	0.08	0.938	-.8895225	.9628364
_cons	6.755023	.153743	43.94	0.000	6.452463	7.057582

Figur 4. Stata udprint af resultat fra regressionsanalyse med outcome som afhængig variabel og dummy-variabel med 0=sundhedsenhed/1=plejhjem som uafhængig variabel, kontrolleret for faggruppe.

```
. reg outcome enhedsueph i.faggruppe
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	322
Model	448.991786	8	56.1239733	F(8, 313)	=	17.20
Residual	1021.19765	313	3.26261232	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.3054
				Adj R-squared	=	0.2876
Total	1470.18944	321	4.58002941	Root MSE	=	1.8063

outcome	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
enhedsueph	2.01584	.3098935	6.50	0.000	1.406103	2.625578
faggruppe						
Fysioterapeut	-.887497	.4484494	-1.98	0.049	-1.769854	-.0051405
Ergoterapeut	-.0850272	.4551975	-0.19	0.852	-.9806611	.8106066
Social- og Sundhedsassistent	-.3876501	.3489739	-1.11	0.267	-1.074281	.2989812
Sygeplejerske	-.5976133	.4116072	-1.45	0.148	-1.40748	.2122536
Borgerkonsulent	-.5405885	.5135096	-1.05	0.293	-1.550956	.4697786
Ressourcerkoordinator	1.388785	.9646432	1.44	0.151	-.5092202	3.28679
Andet	-1.813591	.6502874	-2.79	0.006	-3.093079	-.5341041
_cons	6.107255	.3936221	15.52	0.000	5.332775	6.881735

Kapitel 12 - Appendix & Bilag

Figur 5. Stata udprint af resultat fra regressionsanalyse med outcome som afhængig variabel, dummy-variablen for organiseringsstype som uafhængig variabel og heteroskedasticitetsrobuste standardfejl

```
. reg outcome enhed2, vce(robust)
```

```
Linear regression               Number of obs   =          498
                               F(1, 496)         =        101.95
                               Prob > F          =         0.0000
                               R-squared         =         0.1383
                               Root MSE      =         1.9018
```

outcome	Coef.	Robust Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
enhed2	1.731145	.171455	10.10	0.000	1.394278	2.068013
_cons	6.084239	.1049059	58.00	0.000	5.878124	6.290354

Figur 6. Stata udprint af resultat fra regressionsanalyse med outcome som afhængig variabel og org_sv som uafhængig variabel, uden kontrol-variable.

```
.
. reg outcome org_sv
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	477
Model	51.4598207	1	51.4598207	F(1, 475)	=	12.62
Residual	1937.46261	475	4.07886866	Prob > F	=	0.0004
				R-squared	=	0.0259
				Adj R-squared	=	0.0238
Total	1988.92243	476	4.17840847	Root MSE	=	2.0196

outcome	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
org_sv	.3528088	.0993288	3.55	0.000	.1576306	.5479869
_cons	5.369841	.3384379	15.87	0.000	4.70482	6.034861

Kapitel 12 - Appendix & Bilag

Figur 7. Stata udprint af resultat fra regressionsanalyse med outcome som afhængig variabel og org_sv, organiseringsstype og geografitype som uafhængige variable.

```
. reg outcome org_sv enhed2 test2
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	477
Model	301.274412	3	100.424804	F(3, 473)	=	28.15
Residual	1687.64802	473	3.56796622	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.1515
				Adj R-squared	=	0.1461
Total	1988.92243	476	4.17840847	Root MSE	=	1.8889

outcome	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
org_sv	-.0092174	.1109945	-0.08	0.934	-.2273208	.2088859
enhed2	1.678444	.2092424	8.02	0.000	1.267284	2.089604
test2	.4950705	.2004736	2.47	0.014	.1011415	.8889994
_cons	5.863684	.3256318	18.01	0.000	5.22382	6.503548

Figur 8. Stata udprint af resultat fra regressionsanalyse med outcome som afhængig variabel og geografitype som uafhængige variable, for medarbejdere i hjemmeplejen/sundhedsenheden, kontrolleret for faggruppe.

```
. reg outcome test2 i.faggruppe if enhed2==0
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	368
Model	228.395162	8	28.5493953	F(8, 359)	=	8.16
Residual	1255.99342	359	3.49858893	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.1539
				Adj R-squared	=	0.1350
Total	1484.38859	367	4.04465555	Root MSE	=	1.8705

outcome	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
test2	.7441563	.1977831	3.76	0.000	.3551974	1.133115
faggruppe						
Fysioterapeut	-1.852909	.3455014	-5.36	0.000	-2.53237	-1.173448
Ergoterapeut	-1.105412	.3497004	-3.16	0.002	-1.79313	-.4176931
Social- og Sundhedsassistent	-.1753733	.3515974	-0.50	0.618	-.8668227	.5160761
Sygeplejerske	-1.583721	.2764833	-5.73	0.000	-2.127451	-1.039991
Borgerkonsulent	-1.32384	.3852365	-3.44	0.001	-2.081444	-.5662362
Ressourcerkoordinator	-.0678493	.5483118	-0.12	0.902	-1.146156	1.010457
Andet	-.2254799	.4879148	-0.46	0.644	-1.18501	.7340503
_cons	6.493623	.1986356	32.69	0.000	6.102988	6.884259

Kapitel 12 - Appendix & Bilag

Figur 9. Stata udprint af resultat fra regressionsanalyse med outcome som afhængig variabel og geografitype som uafhængige variable, for medarbejdere på plejehjem, kontrolleret for faggruppe.

```
. reg outcome test2 i.faggruppe if enhed2==1
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	130
Model	36.2399741	7	5.17713916	F(7, 122)	=	2.31
Residual	273.329257	122	2.24040374	Prob > F	=	0.0301
				R-squared	=	0.1171
				Adj R-squared	=	0.0664
Total	309.569231	129	2.39976148	Root MSE	=	1.4968

outcome	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
test2	.2488704	.2721271	0.91	0.362	-.2898324	.7875732
faggruppe						
Fysioterapeut	.0379184	.606677	0.06	0.950	-1.163059	1.238896
Ergoterapeut	.0734713	.6090838	0.12	0.904	-1.132271	1.279214
Social- og Sundhedsassistent	-.3576364	.3013167	-1.19	0.238	-.9541228	.2388501
Sygeplejerske	.4516223	.4843472	0.93	0.353	-.5071913	1.410436
Ressourcerkoordinator	1.93126	1.515836	1.27	0.205	-1.06949	4.932009
Andet	-2.506523	.7801879	-3.21	0.002	-4.050983	-.962063
_cons	7.81987	.2789968	28.03	0.000	7.267568	8.372172

Figur 10. Stata udprint af resultat af VIF-testen for model 6.

Variable	VIF	1/VIF
prof_kv	3.33	0.300307
prof_sv	3.13	0.319150
faggruppe		
2	1.85	0.539450
3	1.67	0.597597
4	1.43	0.700957
5	2.37	0.421481
7	1.73	0.578457
8	1.08	0.922307
9	1.13	0.884981
omraade		
2	2.01	0.498734
3	1.97	0.508721
4	2.04	0.489281
5	2.22	0.450620
6	1.79	0.557706
7	2.01	0.496527
enhed		
2	3.19	0.312997
3	1.64	0.608726
Mean VIF	2.04	

Kapitel 12 - Appendix & Bilag

Figur 11. Stata udprint af resultat fra korrelationsmatrixen af model 6.

Correlation matrix of coefficients of regress model

e (V)	prof_kv	prof_sv	2. faggru~e	3. faggru~e	4. faggru~e	5. faggru~e	7. faggru~e	8. faggru~e
prof_kv	1.0000							
prof_sv	-0.7629	1.0000						
2.faggruppe	0.1199	-0.0574	1.0000					
3.faggruppe	0.1031	-0.0647	0.4795	1.0000				
4.faggruppe	0.0424	-0.0083	0.3243	0.3207	1.0000			
5.faggruppe	0.1429	-0.0467	0.5748	0.5442	0.3710	1.0000		
7.faggruppe	0.0376	-0.0089	0.4724	0.4473	0.2707	0.5368	1.0000	
8.faggruppe	0.0467	-0.0483	0.1579	0.1635	0.1562	0.1870	0.1466	1.0000
9.faggruppe	0.0085	0.0268	0.2342	0.2303	0.2187	0.2697	0.2103	0.1129
2.omraade	-0.0256	-0.0082	-0.0717	-0.0104	-0.0218	-0.0333	-0.0157	0.0747
3.omraade	-0.0253	0.1116	-0.0833	-0.0239	-0.0413	-0.0237	-0.0001	0.0476
4.omraade	-0.0236	0.0793	-0.0303	0.0252	-0.0192	0.0099	-0.0049	0.0606
5.omraade	0.0385	-0.0198	-0.0828	-0.0399	-0.0733	-0.0435	-0.0457	0.0410
6.omraade	0.0274	0.0766	-0.0699	-0.0283	-0.0190	-0.0025	-0.0146	0.0555
7.omraade	-0.0224	0.0474	-0.0175	0.0050	-0.0448	-0.0051	0.0153	0.0723
2.enhed	0.0598	0.0089	-0.5543	-0.5102	-0.1908	-0.6139	-0.5641	-0.0742
3.enhed	-0.0758	-0.1004	-0.1866	-0.1629	-0.2870	-0.2080	-0.1384	0.0404
_cons	-0.3070	-0.2960	-0.1220	-0.1217	-0.1326	-0.1989	-0.0903	-0.1031

e (V)	9. faggru~e	2. omraade	3. omraade	4. omraade	5. omraade	6. omraade	7. omraade	2. enhed
9.faggruppe	1.0000							
2.omraade	0.0031	1.0000						
3.omraade	-0.0265	0.5433	1.0000					
4.omraade	0.0502	0.5704	0.5616	1.0000				
5.omraade	-0.0145	0.5848	0.5478	0.5862	1.0000			
6.omraade	0.0095	0.5128	0.5208	0.5343	0.5345	1.0000		
7.omraade	0.0102	0.5683	0.5568	0.5782	0.5767	0.5273	1.0000	
2.enhed	-0.1548	0.0258	-0.0145	0.0029	0.1482	0.0211	-0.0435	1.0000

—more—

Figur 12. Stata udprint af model fit for model 10 hvor ”faggruppe→KV-P”.

```
. estat gof, stats(all)
```

Fit statistic	Value	Description
Likelihood ratio		
chi2_ms(8)	58.613	model vs. saturated
p > chi2	0.000	
chi2_bs(18)	1273.100	baseline vs. saturated
p > chi2	0.000	
Population error		
RMSEA	0.120	Root mean squared error of approximation
90% CI, lower bound	0.092	
upper bound	0.149	
pclose	0.000	Probability RMSEA <= 0.05
Information criteria		
AIC	5534.134	Akaike's information criterion
BIC	5607.818	Bayesian information criterion
Baseline comparison		
CFI	0.960	Comparative fit index
TLI	0.909	Tucker-Lewis index
Size of residuals		
SRMR	0.087	Standardized root mean squared residual
CD	0.444	Coefficient of determination

Figur 13. Stata udprint af total effekt for model 10 hvor outcome-variablen er sat til at have en variationsbredde på 1-5.

```
Total effects
```

	Coef.	OIM Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Structural						
org_sv <-						
enhed2	.5056968	.0846151	5.98	0.000	.3398541	.6715394
test2	.8407005	.0745783	11.27	0.000	.6945297	.9868713
outcome2 <-						
org_sv	.0118113	.0322234	0.37	0.714	-.0513663	.0749889
prof_sv	.501319	.0613341	8.17	0.000	.3811064	.6215316
enhed2	.1645935	.062796	2.62	0.009	.0415155	.2876714
test2	.1346258	.0508678	2.65	0.008	.0349268	.2343248
faggruppe2	.0503235	.0608277	0.83	0.408	-.0688966	.1695436
prof_kv	.9199582	.0427815	21.50	0.000	.8361079	1.003808
prof_sv <-						
faggruppe2	-.023884	.0428088	-0.56	0.577	-.1077878	.0600198
prof_kv	.7845817	.0297074	26.41	0.000	.7263562	.8428072

Tabel 1. Model 1-5. Vilkårenes effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
SV-P	2.01**(.095)	-	-	-	-
KV-P	-	2.04**(.093)	-	-	-
SV-O	-	-	-.006(.129)	-	-
Organiseringstype	-	-	-	1.41**(.203)	-
Geografitype	-	-	-	.563**(.166)	-
Faggruppetype	-	-	-	-	.693**(.268)
Enhed (hjemmepleje ref. kat.)					
Sundhedsenhed	-.076(.212)	.017(.209)	-.407(.308)	-	-.392(.305)
Plejehjem	.451**(.168)	.474**(.165)	1.20**(.260)	-	1.36**(.222)
Område (område 1 ref. kat.)					
Område 2	.026(.229)	-.015(.225)	.253(.350)	-	.184(.328)
Område 3	.348(.241)	.098(.236)	-.191(.377)	-	-.242(.344)
Område 4	-.275(.227)	-.454*(.223)	-.720(.418)	-	-.772*(.325)
Område 5	-.148(.221)	-.045(.217)	-.227(.352)	-	-.249(.320)
Område 6	-.520*(.251)	-.607*(.247)	-1.55**(.444)	-	-
Område 7	.055(.228)	-.068(.225)	-.156(.360)	-	.265(.329)
Faggruppe (SOSU-hjælper ref.)					
Fysioterapeut	-.706**(.267)	-.322(.265)	-1.16**(.377)	-1.50**(.304)	-
Ergoterapeut	-.304(.257)	.041(.254)	-.562(.367)	-.837**(.307)	-
SOSU-assistent	-.156(.179)	-.080(.177)	-.384(.252)	-.382(.247)	-
Sygeplejerske	-.331(.227)	.022(.226)	-.952**(.322)	-1.23**(.242)	-
Borgerkonsulent	-.475(.319)	-.352(.315)	-.802(.446)	-1.20**(.368)	-
Ressourcekoordinator	.043(.364)	.317(.358)	.279(.520)	.152(.510)	-
Andet	.129(.306)	-.165(.301)	-.382(.433)	-.607(.424)	-
Adj. R ²	0.6034	0.6141	0.2467	0.2082	0.2462
n	497	498	477	498	463
VIF	1.83	1.84	2.20	1.17	2.17

*p <.05, **p ≤ .01. Noter: koefficient(standard fejl).

Kapitel 12 - Appendix & Bilag

Tabel 2. Model 6-9. Vilkårenes effekt på medarbejdernes oplevelse af det tværfaglige samarbejde

Variabel	Model 6	Model 7	Model 8	Model 9
SV-P	1.09**(136)	2.02**(094)	-	1.13**(139)
KV-P	1.21**(136)	-	2.05**(097)	1.18**(140)
SV-O	-	-	-	.027(.073)
Organiseringstype	-	.510**(147)	.440**(149)	.357*(148)
Geografitype	-	.381**(120)	.334**(121)	.281* (.130)
Faggruppetype	-	.421**(129)	.099(.134)	.140(.129)
Enhed (hjemmepleje ref. kat.)				
Sundhedsenhed	.029(.197)	-	-	-
Plejehjem	.346*(.156)	-	-	-
Område (område 1 ref. kat.)				
Område 2	-.022(.212)	-	-	-
Område 3	.298(.223)	-	-	-
Område 4	-.319(.211)	-	-	-
Område 5	-.078(.205)	-	-	-
Område 6	-.463*(.233)	-	-	-
Område 7	.012(.212)	-	-	-
Faggruppe (SOSU-hjælper ref. kat.)				
Fysioterapeut	-.440(.250)	-	-	-
Ergoterapeut	-.085(.240)	-	-	-
SOSU-assistent	-.093(.166)	-	-	-
Sygeplejerske	-.060(.213)	-	-	-
Borgerkonsulent	-.375(.296)	-	-	-
Ressourcekoordinator	.183(.338)	-	-	-
Andet	-.107(.284)	-	-	-
Adj. R ²	0.6590	0.6146	0.6099	0.6634
n	497	462	463	462
VIF	2.04	1.16	1.22	1.94

*p <.05, **p ≤ .01. Noter: koefficient(standard fejl).

Bilag 4 – Medarbejderspørgeskema

Vilkår for tværfagligt samarbejde i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

Dette spørgeskema handler om vilkårene for tværfagligt samarbejde, når der arbejdes efter Forløbsmodellens systematik, roller og arbejdsgange. Spørgsmålene omhandler situationer, hvor du samarbejder med medarbejdere fra din egen eller andre enheder i Sundhed og Omsorg.

Din besvarelse af spørgeskemaet har stor betydning for mulighederne for at styrke vilkårene for det tværfaglige samarbejde fremadrettet.

På forhånd tak for hjælpen.

Hvilken faggruppe tilhører du?

- (1) ☐ Social- og sundhedshjælper
- (2) ☐ Fysioterapeut
- (3) ☐ Ergoterapeut
- (4) ☐ Social- og sundhedsassistent
- (5) ☐ Sygeplejerske
- (6) ☐ Diætist
- (7) ☐ Borgerkonsulent
- (8) ☐ Ressourcekoordinator
- (9) ☐ Andet, angiv: _____

Hvilken enhed er du ansat i?

- (1) ☐ Hjemmepleje
- (2) ☐ Sundhedsenhed
- (3) ☐ Plejehjem

Hvilket område er du ansat i?

- (1) ☐ Christiansbjerg
- (2) ☐ Marselisborg
- (3) ☐ Midt
- (4) ☐ Vest
- (5) ☐ Syd
- (6) ☐ Nord
- (7) ☐ Viby-Højbjerg

De følgende spørgsmål handler om din oplevelse af det tværfaglige samarbejde, når der arbejdes efter Forløbsmodellens systematik, roller og arbejdsgange.

I besvarelsen af spørgsmålene bedes du tænke på de borgerforløb, hvor du samarbejder med medarbejdere fra din egen eller andre enheder i Sundhed og Omsorg.

I hvilken grad oplever du, at det er tydeligt, hvilke opgaver og ansvar der knytter sig til rollen som kontaktperson?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at det er tydeligt, hvilke opgaver og ansvar der knytter sig til rollen som Forløbsansvarlig?

- (5) ☐ I meget høj grad

- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at det er tydeligt, hvilke opgaver du skal varetage i et borgerforløb?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at det er tydeligt, hvilke opgaver de andre medarbejdere i et borgerforløb skal varetage?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at der er klare aftaler om, hvem der gør hvad i et borgerforløb?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad har du tillid til, at andre medarbejdere i et borgerforløb varetager deres opgaver?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at rollerne som kontaktperson og forløbsansvarlig fremmer det tværfaglige samarbejde?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at der er enighed om, hvad der er borgers mål, blandt dig og de andre medarbejdere i et borgerforløb?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at alle medarbejdere i et borgerforløb arbejder ud fra borgers mål?

- (5) ☐ I meget høj grad

- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad har du indblik i, om borgerne når deres mål?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at borgerne er bevidste om, hvad målet med deres forløb er?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad er formålet med at arbejde efter Forløbsmodellen tydeligt for dig?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

De følgende spørgsmål handler om din oplevelse af vilkårene for det tværfaglige samarbejde omkring borgerforløb, når der arbejdes efter Forløbsmodellens systematik, roller og arbejdsgange.

I besvarelsen af spørgsmålene bedes du tænke på de borgerforløb, hvor du samarbejder med medarbejdere fra din egen eller andre enheder i Sundhed og Omsorg.

Det følgende spørgsmål handler om, hvordan du kommunikerer med de andre medarbejdere, der er tilknyttet samme borgerforløb som dig. Ranger de forskellige kommunikationsformer, så den måde, du oftest kommunikerer med dine kollegaer på, står øverst og så fremdeles.

Træk i bjælkerne for at prioritere rækkefølgen.

	1	2	3	4	5	6	7
Ringer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
CURA	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Ansigt-til-ansigt med kollegaer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
SMS	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Mail	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Noter skrevet på papir (post-it's, huskesedler)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐
Møder uden borger	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐	(7) ☐

I hvilken grad oplever du, at afholdelse af Borgerkonferencer og Første sundhedsfaglige kontakt understøtter det tværfaglige samarbejde?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at CURA understøtter det tværfaglige samarbejde?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at ledelsen understøtter det tværfaglige samarbejde?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at det fremmer det tværfaglige samarbejde, når Sundhedsenheden og Hjemmeplejen sidder på samme adresse?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad

- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad har du de nødvendige rammer for at kunne prioritere det tværfaglige samarbejde?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad synes du, at tværfagligt samarbejde er en meningsfuld måde at arbejde på for dig som medarbejder?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

Vurder på en skala fra 1-10 hvor succesfuldt du oplever, at det tværfaglige samarbejde i borgerforløb generelt er. 10 er mest succesfuldt og 1 er mindst succesfuldt.

- (10) ☐ 10
- (9) ☐ 9
- (8) ☐ 8
- (7) ☐ 7
- (6) ☐ 6
- (5) ☐ 5
- (4) ☐ 4

(3) ☐ 3

(2) ☐ 2

(1) ☐ 1

For at dine svar bliver registreret bedes du trykke på afslut nedenfor.

Mange tak for din deltagelse.

Bilag 5 – Lederspørgeskema

Vilkår for tværfagligt samarbejde i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

Dette spørgeskema handler om vilkårene for tværfagligt samarbejde i Sundhed og Omsorg, når der arbejdes efter Forløbsmodellens systematik, roller og arbejdsgange.

Din besvarelse af spørgeskemaet har stor betydning for mulighederne for at styrke vilkårene for det tværfaglige samarbejde fremadrettet.

På forhånd tak for hjælpen.

I hvilken enhed er du leder/forstander?

- (1) ☐ Hjemmepleje
- (2) ☐ Sundhedsenhed
- (3) ☐ Plejehjem

Hvilket område er du ansat i?

- (1) ☐ Christiansbjerg
- (2) ☐ Marselisborg
- (3) ☐ Midt
- (4) ☐ Vest
- (5) ☐ Syd
- (6) ☐ Nord
- (7) ☐ Viby-Højbjerg

Hvor lang tid har du været leder/forstander for din enhed?

- (1) ☐ Under 1 år
- (2) ☐ Mellem 1 og 2 år

- (3) ☐ Mellem 2 og 3 år
- (4) ☐ Over 3 år

De følgende spørgsmål handler om Forløbsmodellens systematik, roller og arbejdsgange.

I hvilken grad er formålet med at arbejde efter Forløbsmodellen tydeligt for dig?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at Forløbsmodellens arbejdsgange er tydelige?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at det er tydeligt, hvilke opgaver og ansvar der knytter sig til rollerne som kontaktperson og forløbsansvarlig?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad

- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at rollerne som kontaktperson og forløbsansvarlig fremmer det tværfaglige samarbejde?

- (5) ☐ I meget høj grad
(4) ☐ I høj grad
(3) ☐ I nogen grad
(2) ☐ I lav grad
(1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at afholdelse af borgerkonferencer og Første sundhedsfaglige kontakt fremmer det tværfaglige samarbejde?

- (5) ☐ I meget høj grad
(4) ☐ I høj grad
(3) ☐ I nogen grad
(2) ☐ I lav grad
(1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at det skaber en merværdi at arbejde efter Forløbsmodellen?

- (5) ☐ I meget høj grad
(4) ☐ I høj grad
(3) ☐ I nogen grad
(2) ☐ I lav grad
(1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at der sker vidensdeling på tværs af lokalområderne i forhold til at arbejde efter Forløbsmodellens systematik, roller og arbejdsgange?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at udfordringer ved Forløbsmodellens systematik, roller og arbejdsgange bliver håndteret i Sundhed og Omsorg?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at lokale udfordringer med at omsætte Forløbsmodellens systematik, roller og arbejdsgange i praksis bliver håndteret?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

De følgende spørgsmål handler om din vurdering af det tværfaglige samarbejde omkring borgerforløb, når der arbejdes efter Forløbsmodellens systematik, roller og arbejdsgange.

I hvilken grad oplever du, at der er enighed om, hvad der er borgers mål, blandt medarbejderne i et borgerforløb?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at alle medarbejdere i et borgerforløb arbejder ud fra borgers mål?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at der er klare aftaler om, hvem der gør hvad i et borgerforløb?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

De sidste spørgsmål handler om din vurdering af vilkårene for det tværfaglige samarbejde, og din overordnede oplevelse af det tværfaglige samarbejde.

I hvilken grad oplever du, at dine medarbejdere har kompetencerne til at deltage i tværfagligt samarbejde?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

I hvilken grad oplever du, at der er sammenhæng mellem personaleressourcer og opgaver i dit team/enhed?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad
- (1) ☐ I meget lav grad

Hvor stor har personaleomsætningen cirka været i din enhed, indenfor det sidste halve år?

- (4) ☐ Under 10%
- (3) ☐ Mellem 10% og 20%
- (2) ☐ Mellem 20% og 30%
- (1) ☐ Over 30%

I hvilken grad oplever du, at CURA understøtter det tværfaglige samarbejde?

- (5) ☐ I meget høj grad
- (4) ☐ I høj grad
- (3) ☐ I nogen grad
- (2) ☐ I lav grad

(1) ☐ I meget lav grad

Vurder på en skala fra 1-10 hvor succesfuldt du oplever, at det tværfaglige samarbejde i borgerforløb generelt er. 10 er mest succesfuldt og 1 er mindst succesfuldt.

(10) ☐ 10

(9) ☐ 9

(8) ☐ 8

(7) ☐ 7

(6) ☐ 6

(5) ☐ 5

(4) ☐ 4

(3) ☐ 3

(2) ☐ 2

(1) ☐ 1

For at dine svar bliver registreret bedes du trykke på afslut nedenfor.

Mange tak for din deltagelse.