Medarbejderrapport: Evaluering af pulje til faste teams i ældreplejen

Delrapport 1: Medarbejdernes perspektiver på arbejdet i faste, tværfaglige og selvstyrende teams



Martin Sandberg Buch, Julian Christensen og Emmy Hjort-Enemark Topholm

VIVE

Medarbejderrapport: Evaluering af pulje til faste teams i ældreplejen – Delrapport 1: Medarbejdernes perspektiver på arbejdet i faste, tværfaglige og selvstyrende teams

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-342-0

Modelfoto: Mathilde Bech/VIVE

Projekt: 302239

Finansiering: Social-, Bolig- og Ældreministeriet og VIVE

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.

Forord

Den 17. december 2021 udloddede Socialstyrelsen 191,6 mio. kr. til forsøg i 25 kommuner med faste teams i ældreplejen fra 2022 til 2023. Formålet med puljen er at støtte projekter, der udvikler og afprøver nye veje til at sikre mere stabilitet og kontinuitet i ældreplejen gennem etablering af faste, selvstyrende og tværfaglige teams.

VIVE har gennemført en evaluering, der følger udviklingsarbejdet i de 25 kommuner for at opsamle og udbrede læring og resultater. Evalueringen består af to delrapporter og en tværgående hovedrapport. Denne rapport udgør delrapport 1, som har fokus på medarbejdernes perspektiver og oplevede resultater.

Evalueringen er finansieret af Social-, Bolig- og Ældreministeriets årlige trækningsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE Delanalysen er gennemført af projektchef Martin Sandberg Buch, senioranalytiker Emmy Hjort-Enemark Topholm og seniorforsker Julian Christensen med assistance fra studentermedhjælperne Rasmus Østenfjeld Beck, Karin Qvist Kaasgaard, Amalie Märcher Thuesen, William Dahlmann Frandsen og Annemette Thøstesen. Delanalysen er internt kvalitetssikret ved projektchef, ph.d. Pia Kürstein Kjellberg og undertegnede samt eksternt ved en forsker med særlig viden om evalueringens genstandsfelt og de anvendte metoder.

Vi vil gerne takke projektlederne fra de 25 kommuner for god hjælp med at tilrettelægge dataindsamlingen samt alle deltagere i kommunerne, der har stillet op til interview og spørgeskemabesvarelse for derved at dele deres erfaringer.

Sanne Schioldann Haase
Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

Indholdsfortegnelse

Hovedresultater			6
Afrapportering			11
1		Indledning	12
	1.1	Afsættet for medarbejderundersøgelsen	12
	1.2	Metode og datagrundlag	13
	1.3	Rapportens opbygning	15
2		Etablering af mindre og mere faste teams	16
	2.1	Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	16
	2.2	Resultater fra interview	21
	2.3	Opsamling	27
3		Et styrket tværfagligt samarbejde	28
	3.1	Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	28
	3.2	Resultater fra interview	32
	3.3	Opsamling	42
4		Elementer af selvstyring	44
	4.1	Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	44
	4.2	Resultater fra interview	48
	4.3	Opsamling	54
5		Medarbejdertrivsel og arbejdsglæde	57
	5.1	Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	57
	5.2	Resultater fra interview	60
	5.3	Opsamling	63
6		Er der systematiske forskelle på tværs af kommuner?	64
	6.1	Fire faktorer, der adskiller kommunerne	65
	6.2	Resultater	66
	6.3	Opsamling	71
7		Konklusion og diskussion	72

7.1 Hovedkonklusion 72
7.2 Delkonklusioner og opmærksomhedspunkter 72
7.3 Diskussion 73

Dokumentation 78

Litteratur 79

Bilag 1 Medarbejderundersøgelsens metode og datagrundlag 80
Spørgeskemaundersøgelsens gennemførelse 80
Interviewundersøgelsens gennemførelse 84

Bilag 2 Supplerende analyser af spørgeskema 87

Hovedresultater

Denne delrapport indgår i afrapporteringen af VIVEs evaluering af arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet i de 25 kommuner, der har modtaget midler fra Socialstyrelsens pulje.

Rapporten præsenterer med afsæt i interview og spørgeskemadata de involverede fagpersoners perspektiver på konsekvenserne af at organisere ældreplejen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Der er også lavet en delundersøgelse med fokus på borgernes tilfredshed og perspektiver. Resultaterne fra de to delundersøgelser indgår i den tværgående hovedrapport, der formidler evalueringens resultater og anbefalinger.

Resultater

Medarbejderundersøgelsen viser, at de involverede fagpersoner generelt vurderer arbejdet med at indføre faste, tværfaglige og selvstyrende teams positivt i forhold til de målsætninger og forventninger, der har dannet grundlag for såvel puljen som de enkelte kommuners projekter. Det fremgår samtidig, at det særligt er de udekørende medarbejdere i hjemmeplejen, der oplever de positive resultater. Undersøgelsen viser bl.a., at:

- Indførelsen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams med tilhørende mødestrukturer generelt anses som en kilde til øget kontinuitet og faglig stabilitet i det borgerrettede arbejde.
- Flertallet af undersøgelsens fagpersoner oplever et forbedret, tværfagligt samarbejde som følge af teamorganiseringen. Mange angiver også, at det er blevet lettere at give en helhedsorienteret indsats til borgerne.
- De involverede fagpersoner har en oplevelse af, at arbejdet med teamorganisering og de tilhørende elementer vedrørende selvplanlægning har øget muligheden for at bringe deres faglighed i spil i det borgerrettede arbejde. Heroverfor er der kun få og foreløbige erfaringer med elementer af selvstyring. Medarbejderne forholder sig generelt tøvende i forhold til selvstyring, men der ses også eksempler på positive erfaringer, såvel som medarbejdere, der efterspørger dette fremadrettet.
- Det store flertal af deltagende fagpersoner oplever, at arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams er til gavn for deres trivsel og arbejdsglæde. Medarbejderne fortæller både om i højere grad at lykkes i det borgerrettede arbejde og om en højere grad af kollegialt sammenhold i hverdagen.

Variation og opmærksomhedspunkter: Det er væsentligt, at der bag det positive helhedsbillede gemmer sig forskelle i oplevelser på tværs af både faggrupper og kommuner, som det i hver enkelt kommune er relevant at forholde sig aktivt til. Rekrutteringsudfordringer, sygefravær og brugen af eksterne vikarer fremstår desuden som en stor og vanskelig barriere for at realisere det fulde kontinuitetspotentiale ved en organisering i faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

De opmærksomhedspunkter, undersøgelsen har identificeret, knytter sig særligt til:

Relationer, møder og rutiner, der binder hverdagen sammen: En virkningsmekanisme, der i det kvalitative interviewmateriale fremstår central i forhold til at opnå positive resultater med det faste, tværfaglige og selvstyrende element, er etableringen af relationer og en *velfungerende, tværfaglig mødeinfrastruktur*. Det er således afgørende, at der etableres faste og stabile relationer i og omkring teamene, samt at der skabes nogle forudsigelige anledninger til planlægning af det daglige arbejde og sparring om det borgerrettede arbejde.

Oplevelsen er, at tværfaglige møder – når de fungerer – giver fælles blik på borgerforløbene, hvilket gør det lettere for de involverede faggrupper at arbejde helhedsorienteret til gavn for både borgere og medarbejdere. Et sådant positivt udbytte forudsætter for det første, at der afsættes ressourcer til formålet (fx at møder afholdes med en vis hyppighed og med en vis tid sat af). For det andet en vedvarende og aktiv indsats for at holde møderne effektive og velstrukturerede af hensyn til det oplevede udbytte på tværs af faggrupperne (dette kan fx understøttes ved hjælp af mødeskabeloner, fokus på mødeledelse og lignende).

Et bæredygtigt tværfagligt samarbejde med tydelige gevinster: På faggruppeniveau ses der på tværs af kapitler en tendens til, at *især gruppen af social- og sundhedspersonale er positive i deres vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser*, mens sygeplejersker, terapeuter og visitatorer har tendens til at være mere moderat positive eller neutrale i deres vurderinger.

Det fremstår i den forbindelse som et opmærksomhedspunkt, at teamorganiseringens fokus på tværfaglighed (særligt når ambitionsniveauet for graden af tværfaglig integration er højt) kan udfordre især *sygeplejerskernes* oplevede behov for monofagligt fællesskab. Der ses således et behov for tiltag – fx anledninger til monofaglig sparring – der kan understøtte dette i rammerne af teamorganiseringen. Blandt *terapeuter og visitatorer* findes en generel bekymring for, om faste, tværfaglige og selvstyrende teams i fuld skala – til trods for de fordele, som også disse faggrupper ser ved teamorganisering – vil udfordre funktionernes ressourcer og opgavevaretagelse. Gevinsterne for disse funkti-

oner – fx i form af lettere arbejdsgange og mindre tid på skriftlig kommunikation – typisk fremstår uklare, og der vurderes derfor at være behov for at tilføre flere ressourcer, hvis de nuværende kadencer for tværfaglige møder fastholdes og udbredes.

Overgangen fra udvikling til udbredelse: På kommuneniveau er forskellene i oplevede resultater endnu større end på faggruppeniveau, idet der både er kommuner, hvor fagpersonalet er endog *meget* positive i deres vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser, mens vurderingerne i andre kommuner er decideret negative. Det er derfor vigtigt, at de enkelte kommuner forholder sig til, hvordan det ser ud i den specifikke kontekst, og arbejder med afsæt i denne.

Undersøgelsen finder en klar tendens til mere positive vurderinger i kommuner med en udforskende tilgang, der typisk eksperimenterer i en afgrænset del af organisationen, sammenlignet med kommuner, der har anlagt en trinvis/inkrementel tilgang til forandring, der typisk involverer en stor del eller hele organisationen. Det fremgår til gengæld også af de gennemførte interviews, at resultaterne fra en beskyttet pilotfase med intensiv projektstøtte kan være vanskelige at overføre til resten af organisationen.

Undersøgelsen finder samtidig, at fagpersoner fra kommuner, der har fået puljemidler to gange, forholder sig mindre positivt til oplevede resultater end fagpersoner fra kommuner, der kun har fået en gang. Overgangen fra pilotfase til udbredelse i en større kontekst er typisk forbundet med justeringer i de udviklede modeller for teamorganiseringen. Tilsvarende indebærer udrulning typisk involvering af en bredere gruppe medarbejdere og ledere, hvoraf en del forholder sig skeptisk til reorganiseringerne.

Disse resultater understreger tilsammen, at udvikling tager tid, og at det er vigtigt med fokus på de faldgruber, der knytter sig til overgangene fra projekt- til udbredelses- og konsolideringsfaserne i forbindelse med etableringen af en ny organisering. Der er således behov for tydelighed omkring de justeringer, der gennemføres i relation til udviklede løsninger, såvel som tålmodighed i relation til de dele af organisationen, der skal overtage disse.

Graden af tværfaglig integration: Undersøgelsen finder, at ambitionen om en fuldt integreret organisering mellem hjemme- og sygeplejens medarbejdere i mange tilfælde har været vanskelig at implementere i praksis. Dette understreger for det første nødvendigheden af at anlægge et langsigtet perspektiv på udviklingen af det tværfaglige samarbejde. Tid til udvikling og vedholdenhed fremstår som et vigtigt element i forhold til at kunne ændre de eksisterende vaner og kulturer samt på sigt at kunne se gevinsterne af et tættere tværfagligt samarbejde. For det andet understreger det behovet for at etablere organisering, der både kan imødekomme behovet for nært tværfagligt samarbejde og hensynet til monofaglig sparring og et fagligt fællesskab for sygeplejen.

Det skal nævnes, at de kvalitative interviews også beretter om tilfælde, hvor man succesfuldt ér lykkedes med at etablere en integreret organisering, der opleves velfungerende på tværs af faggrupper og samtidig øger fleksibiliteten i opgavevaretagelsen i tilfælde af fravær.

Betydningen af teamstørrelse: Undersøgelsen finder, at mange medarbejdere oplever at være i teams, der er for store. Samtidig finder undersøgelsen, at medarbejdere fra kommuner med teamstørrelser på max 13 er mere positive i deres vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser end medarbejderne fra de øvrige kommuner.

Det er samtidig væsentligt, at dataene *ikke* indikerer en øget sårbarhed i forhold til sygemeldinger og lignende i forbindelse med mindre teamstørrelser, hvilket ellers er det typiske argument for, at de fleste kommuner vælger at arbejde med væsentligt større teamstørrelser, end der anbefales i litteraturen såvel som den nederlandske Buurtzorg-organisation.

Medarbejdernes egne bud på teamstørrelser varierer en del, og de medarbejdere, der har specifikke bud, anbefaler et sted 7-12 medarbejdere i dagligt fremmøde. Argumentet er, at teams inden for dette spænd giver mulighed for at balance behovene for kontinuitet (i det borgerrettede arbejde og i de professionelle samarbejdsrelationer) over for hensynet til robusthed i forhold til sygdom og fridage.

Det fremstår på den baggrund som et vigtigt udviklingspunkt, at de enkelte kommuner løbende overvejer, hvilke teamstørrelser der opereres med, samt hvilke fordele og ulemper der knytter sig til disse.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen er gennemført som et mixed-methods-design, der kombinerer spørgeskemadata og kvalitative gruppeinterviews.

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført i september-oktober 2023 og inkluderer 748 spørgeskemabesvarelser fra social- og sundhedspersonale, sygeplejersker, terapeuter og visitatorer, som har været involveret i udviklingsarbejdet på tværs af de 25 puljekommuner. 675 af de 748 besvarelser er indsamlet online (vha. invitationer sendt til fagpersoners e-mailadresser; svarprocent: 50), mens de resterende besvarelser er indsamlet på papir.

Interviewundersøgelsen er baseret på et virtuelt gruppeinterview af en times varighed i hver puljekommune. Kommunerne er blevet bedt om at samle en sygeplejerske, en SSA og en SSH samt de vigtigste øvrige faggrupper (typisk terapeut og visitator).

Antallet af interviewdeltagere varierer fra 3 til 8, og der har i alt deltaget 119 fagpersoner, fordelt på 28 sygeplejersker, 52 SSA og SSH og 39 terapeuter, visitatorer mv.

Afrapportering

1 Indledning

Denne rapport præsenterer med afsæt i interview og spørgeskemadata de involverede fagpersoners perspektiver på konsekvenserne af at organisere ældreplejen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Rapporten er en del af vidensgrundlaget for VIVEs evaluering af Socialstyrelsens pulje til faste teams. Der er også lavet en delundersøgelse med fokus på borgernes tilfredshed og perspektiver. Resultaterne fra de to delundersøgelser indgår i den tværgående hovedrapport, der formidler evalueringens resultater og anbefalinger.

1.1 Afsættet for medarbejderundersøgelsen

VIVEs midtvejsevaluering (Buch & Topholm, 2023) har redegjort for, hvordan der på tværs af puljekommunerne er fire overordnede målsætninger om, ved hjælp af organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams, at:

- Øge kontinuitet og stabilitet i borgernes forløb og derved bidrage til en øget borgeroplevet og faglig kvalitet, herunder en pleje, der udføres med større involvering af og løbende hensyntagen til borgerens aktuelle situation og ønsker
- Medvirke til et styrket tværfagligt samarbejde, der tager afsæt i stabile faglige samarbejdsrelationer, herunder et øget personkendskab og lettere adgang til sparring og videndeling, som understøtter en helhedsorienteret indsats
- Understøtte et øget fagligt ansvar og en øget frihed i relation til at organisere og udføre det faglige arbejde, herunder en ændret rollefordeling mellem decentrale ledere og de teams, der etableres
- Øge medarbejdertrivsel og arbejdsglæde blandt fagpersonalet for derigennem at reducere sygefravær og vikarforbrug samt skabe mere attraktive arbejdspladser.

Dataindsamlingerne og analyserne til denne rapport er struktureret med henblik på at belyse fagpersonalets oplevelser i relation til disse fire målsætninger.

1.2 Metode og datagrundlag

Undersøgelsen er baseret på et mixed-methods design, der kombinerer spørgeskemadata og kvalitative interviewdata indsamlet blandt fagpersonalet i de 25 puljekommuner. Både spørgeskemadataene og de kvalitative interviewdata er indsamlet i perioden fra september til oktober 2023.

Som det fremgår af VIVEs midtvejsevaluering (Buch & Topholm, 2023), udmønter kommunerne arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams på meget forskellige måder. I denne rapport anvendes spørgeskemaet primært til at undersøge fagpersonernes *generelle* perspektiver på arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams, dvs. uden skelen til de forskelligartede måder, hvorpå arbejdet bliver udmøntet (se dog Kapitel 6). Det undersøges samtidig, om der er forskelle i de oplevede konsekvenser af arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams afhængigt af, om det er 1) social- og sundhedspersonale (i rapporten defineret som assistenter, hjælpere og ufaglærte), 2) sygeplejersker eller 3) terapeuter eller visitatorer, der spørges.[1] Endelig vil det løbende blive berørt, hvor stor variation i de oplevede resultater der er på tværs af de 25 puljekommuner.

I tillæg til spørgeskemadataene bringes indsigterne fra interviewundersøgelsen i spil med henblik på at nuancere og forklare de tendenser, der ses i spørgeskemaundersøgelsen. Interviewene giver således indblik i, hvordan de forskellige måder der arbejdes med faste, tværfaglige og selvstyrende teams har betydning for det oplevede udbytte, der ses i surveyen, samt hvilke faktorer der hhv. fremmer og hæmmer de ønskede resultater.

Endelig indeholder rapporten også et kapitel (Kapitel 6), hvor regressionsanalyser anvendes til at koble spørgeskemadataene til en række faktorer relateret til udmøntningen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams i de 25 puljekommuner med henblik på at vurdere, om disse har betydning for de oplevede resultater. De undersøgte faktorer knytter sig til de enkelte kommuners tilgang til forandring, graden af tværfaglig integration, teamstørrelse, og hvorvidt kommunen har fået puljemidler en eller to gange. De undersøgte faktorer er belyst ved hjælp af VIVEs midtvejsevaluering (Buch & Topholm, 2023) samt

[1] Vi er opmærksomme på, at vi med de to samlekategorier *social- og sundhedspersonale* og *terapeuter og visitatorer* slår faggrupper sammen, der er meget forskellige, for så vidt angår deres uddannelsesmæssige baggrunde, ansvar og roller i relation til teamenes arbejde. Når vi alligevel slår assistenter, hjælpere og ufaglærte sammen i samlekategorien social- og sundhedspersonale, så skyldes det, at disse faggrupper typisk er organisatorisk integrerede i de teams, som er oprettet i kommunerne, hvorimod der er stor variation, når det kommer til integration af de øvrige faggrupper (sygeplejersker, terapeuter og visitatorer) i teamene. Når vi slår terapeuter og visitatorer sammen, så skyldes det et hensyn til muligheden for statistiske analyser, idet der i undersøgelsen kun indgår et lavt antal terapeuter og et lavt antal visitatorer. I anerkendelse af gruppernes forskelligheder rapporteres dog løbende forskelle *inden for* de to samlekategorier.

skriftligt materiale og interviews gennemført i forbindelse med denne slutevaluering.

Undersøgelsens metode og datagrundlag er beskrevet i Bilag 1 og er endvidere opsummeret i Boks 1.1.

Boks 1.1 Medarbejderundersøgelsens data og metode

Spørgeskemaundersøgelse: I perioden fra den 15. september til 19. oktober 2023 er der indsamlet 748 spørgeskemabesvarelser fra social- og sundhedspersonale, sygeplejersker, terapeuter og visitatorer på tværs af de 25 puljekommuner. Der har i forbindelse med dataindsamlingen været fokus på at rekruttere respondenter, der alle har haft tid til at oparbejde en vis erfaring med den nye organisering i faste, tværfaglige og selvstyrende teams (se også Bilag 1). 675 af de 748 besvarelser er indsamlet online (vha. invitationer sendt til fagpersoners e-mailadresser; svarprocent: 50), mens de resterende besvarelser er indsamlet på papir.

Antallet af spørgeskemabesvarelser varierer på tværs af kommunerne fra 8 i kommunen med færrest til 73 i kommunen med flest besvarelser. 530 (71 %) af besvarelserne er fra social- og sundhedspersonale (assistenter, hjælpere og ufaglærte), 131 (18 %) er fra sygeplejersker, og 87 (12 %) er fra terapeuter og visitatorer.

Kvalitative interviews: I perioden fra den 4. september til 25. oktober 2023 er der blevet gennemført et virtuelt gruppeinterview af en times varighed i hver af de 25 puljekommuner. Kommunerne er blevet bedt om at samle en sygeplejerske, en SSA og en SSH samt de vigtigste øvrige faggrupper (typisk terapeut og visitator).

Antallet af interviewdeltagere varierer fra 3 til 8, og der har i alt deltaget 119 fagpersoner, fordelt på 28 sygeplejersker, 52 SSA og SSH og 39 terapeuter, visitatorer mv.

For en uddybet beskrivelse af undersøgelsens metode og data, se Bilag 1.

1.3 Rapportens opbygning

Resten af rapporten er bygget op som følger:

- Kapitel 2 undersøger, i hvilket omfang og hvordan medarbejderne oplever, at indførelsen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams har påvirket kontinuiteten og stabiliteten i det borgerrettede arbejde samt muligheden for at levere pleje, der tager hensyn til borgernes aktuelle situation og ønsker.

- Kapitel 3 undersøger, i hvilket omfang og hvordan medarbejderne oplever, at indførelsen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams har påvirket det tværfaglige samarbejde og muligheden for at levere en helhedsorienteret og sammenhængende indsats til borgerne.

- Kapitel 4 undersøger, i hvilket omfang og hvordan medarbejderne oplever, at indførelsen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams har påvirket det faglige ansvar og den faglige frihed i relation til at organisere og udføre det borgerrettede arbejde.

- Kapitel 5 undersøger, i hvilket omfang og hvordan medarbejderne oplever, at indførelsen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams har påvirket deres trivsel og arbejdsglæde i hverdagen.

- Kapitel 6 undersøger, om der er sammenhænge mellem forskellige faktorer på kommuneniveau og fagpersonalets oplevede udbytte af arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

- Kapitel 7 diskuterer de opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med faste, tværfaglige og selvstyrende teams, som medarbejderundersøgelsen giver anledning til.

2 Etablering af mindre og mere faste teams

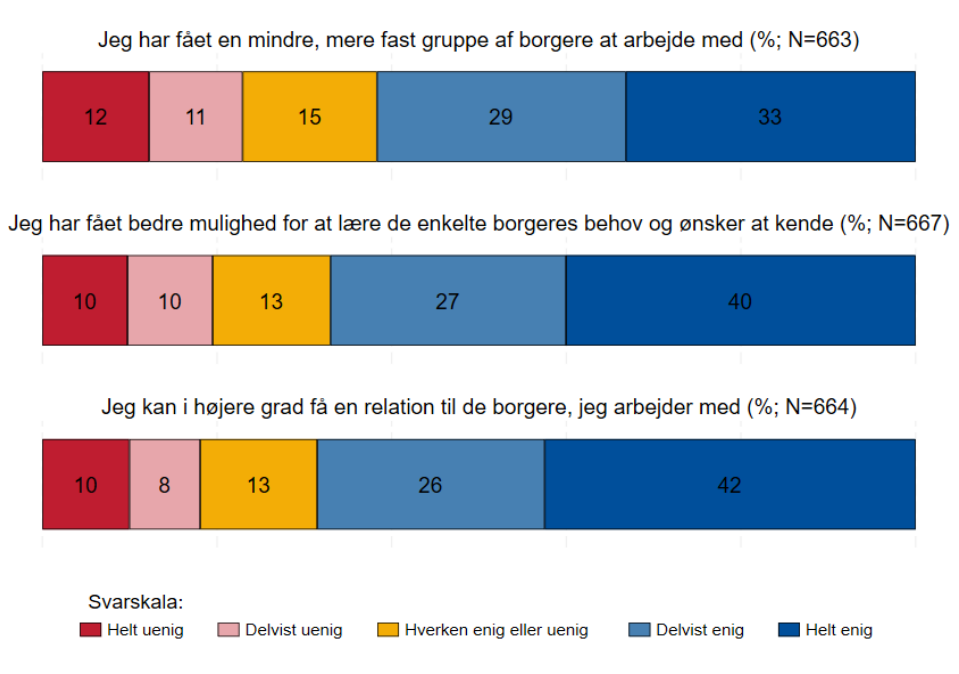
Dette kapitel undersøger, i hvilken grad medarbejderne forbinder det "faste" element i teamorganiseringen med forudsigelighed i hverdagen og en fælles viden om borgerne. Kapitlet analyserer endvidere fagpersonernes oplevede udbytte i relation til puljens og kommunernes målsætning om at øge kontinuiteten og stabiliteten i borgernes forløb for derved at muliggøre en hjælp, der er tilpasset til borgerens situation og ønsker.

2.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

2.1.1 En organisering med kontinuitet og stabilitet i relationen mellem teamet og borgerne

Figur 2.1 viser, at der blandt flertallet af spørgeskemaundersøgelsens respondenter er en oplevelse af øget kontinuitet i borgerkontakten som følge af organiseringen i mindre og mere faste teams. 62 % oplever at have fået en mindre, mere fast gruppe af borgere at arbejde med, mens 67-68 % oplever, at det er blevet lettere at lære borgerne at kende og få en relation til dem. Heroverfor er der kun 18-23 % af respondenterne, der erklærer sig helt eller delvist uenige i de tre udsagn, mens resten hverken er enige eller uenige.

Figur 2.1 Oplevede konsekvenser for kontinuitet



Anm.: Figurens udsagn indgik i et Likert-batteri med følgende introduktionstekst: "I hvor høj grad oplever du, at organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams har haft følgende konsekvenser for dit arbejde med borgerne?" 'Ved ikke'-svar er kodet som missing.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Tabel 2.1 viser de forskellige faggruppers gennemsnitssvar på tværs af Figur 2.1's tre udsagn for at belyse, om der er forskelle på de oplevede kontinuitetskonsekvenser af teamorganiseringen.

Tabellen viser, at social- og sundhedspersonalet (som her både tæller assistenter, hjælpere og ufaglærte) er mere positive i deres besvarelser end sygeplejerskerne, der igen er mere positive end terapeuterne og visitatorerne, når det kommer til oplevelserne af teamorganiseringens kontinuitetskonsekvenser. Besvarelserne viser altså, at medarbejderne fra syge- og hjemmeplejen, der er tættest på borgerne i hverdagen, oplever de mest positive konsekvenser af teamorganiseringen, når det kommer til kontinuitet i borgerkontakten og deraf følgende mulighed for at danne en relation til borgerne.

Terapeuterne og visitatorerne oplever omvendt ikke, at organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams har haft hverken positive eller negative konsekvenser for deres relation til borgerne. Dette afspejler formentlig, at disse faggrupper som oftest er tilknyttet de enkelte teams som faste samar-

bejdspartnere (der deltager i tværfaglige møder og ofte har en sparringsfunktion i relation til teamets faste medarbejdere) i stedet for at indgå som en del af teamene.

Der er samtidig en del variation på kommuneniveau, idet gennemsnitsbesvarelserne på en skala fra 1-5 varierer fra 2,62 i kommunen med det laveste gennemsnit til 4,70 i kommunen med det højeste gennemsnit.[2]

Tabel 2.1 Faggruppegennemsnit på tværs af kontinuitetsudsagn

Gruppe	
Social- og sundhedspersonale (N = 481)	3,92 (1,15)
- Social- og sundhedsassistenter (N = 160)	3,85 (1,13)
- Social- og sundhedshjælpere (N = 284)	3,94 (1,17)
- Ufaglærte, herunder elever (N = 37)	4,02 (1,13)
Sygeplejersker (N = 110)	3,42 (1,35)
Terapeuter og visitatorer (N=67)	2,98 (1,24)
- Terapeuter (N = 36)	2,94 (1,33)
- Visitatorer (N = 31)	3,02 (1,14)
Alle (N = 658)	3,74 (1,24)

Anm.: Tabellen viser de forskellige faggruppers gennemsnitssvar på udsagnene i Figur 2.1 (standardafvigelser i parentes). De tre udsagn er samlet i en indikator fra 1-5 (Cronbach's alpha = 0,92). En værdi på 1 svarer til 'helt uenig' og en værdi på 5 svarer til 'helt enig' på tværs af udsagnene.

Bivariate OLS-regressioner (ej rapporteret) viser, at social- og sundhedspersonalet er signifikant mere positive i deres besvarelser end sygeplejerskerne ($p < 0,001$), der igen er signifikant mere positive end terapeuterne og visitatorerne ($p < 0,05$). De forskellige grupper af social- og sundhedspersonale (SSA, SSH og ufaglærte) er ikke signifikant forskellige fra hinanden ($p > 0,05$), og terapeuterne er ikke signifikant forskellige fra visitatorerne ($p > 0,05$).

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

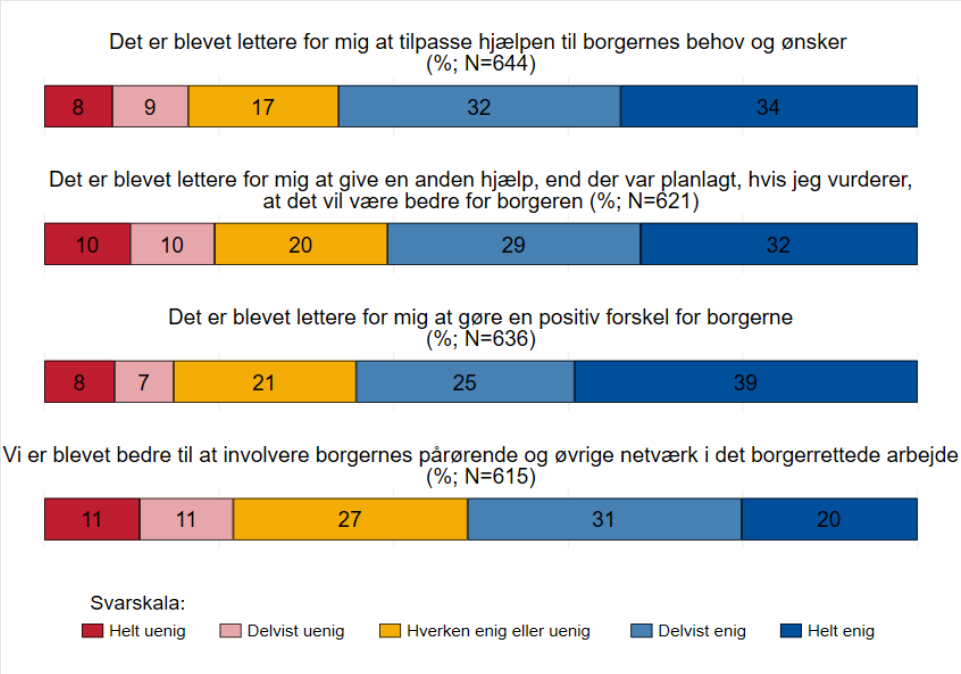
[2] 2 kommuner har gennemsnit på 2-3, 12 kommuner har gennemsnit på 3-4, og 11 kommuner har gennemsnit på 4-5.

2.1.2 En hjælp, der er tilpasset borgerens aktuelle situation og ønsker

Som det fremgår af Kapitel 1, er introduktionen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams i vid udstrækning koblet med en målsætning om, at det skal blive lettere at udføre plejen med involvering af og løbende hensyntagen til borgerens aktuelle situation og ønsker.

Oplevelsen af, i hvilken grad denne målsætning med teamene er opfyldt, er undersøgt via fire udsagn om teamorganiseringens konsekvenser for, hvor let eller svært det er at levere en hjælp, der er fleksibel og målrettet den enkelte borger. Således viser Figur 2.2, at flertallet af respondenterne oplever, at teamorganiseringen *har* gjort det lettere at tilpasse hjælpen til gavn for borgerne; 61-66 % af respondenterne erklærer sig helt eller delvist enige i figurens tre første udsagn, mens kun 15-20 % erklærer sig helt eller delvist uenige. Det fremgår samtidig, at involvering af borgeres pårørende og netværk er det spørgsmål, der vurderes mindst positivt, men selv her er der markant flere, der er enige i, at organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams har haft positive konsekvenser (51 % er helt eller delvist enige, mens 22 % er helt eller delvist uenige i, at man som følge af organiseringen er blevet bedre til at involvere de pårørende og det øvrige netværk).

Figur 2.2 Oplevet betydning for fleksibilitet og inddragelse i det borgerrettede arbejde



Anm.: Figurens udsagn indgik i et Likert-batteri med følgende introduktionstekst: "I hvor høj grad oplever du, at organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams har haft følgende konsekvenser for dit arbejde med borgerne?" 'Ved ikke'-svar er kodet som missing.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Tabel 2.2 belyser, om de forskellige faggruppers oplevelser adskiller sig fra hinanden, når det kommer til faggruppernes gennemsnitssvar på de fire udsagn i Figur 2.2. Det fremgår, at social- og sundhedspersonalet igen skiller sig ud med besvarelser, der er signifikant mere positive end gruppen af sygeplejersker såvel som gruppen af terapeuter og visitatorer. Det fremgår samtidig, at der i forbindelse med dette tema ikke er signifikante forskelle på sygeplejerskers, terapeuters og visitatorers vurderinger.

Der er igen væsentlige forskelle på tværs af de 25 kommuner, når det kommer til fagpersonalets oplevelser af teamorganiseringens konsekvenser, idet fagpersonernes gennemsnitsbesvarelser på udsagnene i Figur 2.2 på en skala fra 1-5 varierer fra 2,5 i kommunen med det laveste gennemsnit til 4,5 i kommunen med det højeste gennemsnit.[3]

[3] Fire kommuner har gennemsnit på 2-3, 11 kommuner har gennemsnit på 3-4, og 10 kommuner har gennemsnit på 4-5.

Tabel 2.2 Faggruppegennemsnit: Fleksibilitet og inddragelse i det borgerrettede arbejde

Gruppe	
Social- og sundhedspersonale (N = 434)	3,76 (1,08)
- Social- og sundhedsassistenter (N = 147)	3,70 (1,05)
- Social- og sundhedshjælpere (N = 254)	3,78 (1,10)
- Ufaglærte, herunder elever (N = 33)	3,94 (1,13)
Sygeplejersker (N = 100)	3,28 (1,20)
Terapeuter og visitatorer (N=56)	3,21 (1,10)
- Terapeuter (N = 34)	3,24 (1,15)
- Visitatorer (N = 22)	3,16 (1,03)
Alle (N = 590)	3,63 (1,13)

Anm.: Tabellen viser de forskellige faggruppers gennemsnitssvar på udsagnene i Figur 2.2 (standardafvigelser i parentes). De fire udsagn er samlet i en indikator fra 1-5 (Cronbach's alpha = 0,91). En værdi på 1 svarer til 'helt uenig' og en værdi på 5 svarer til 'helt enig'.

Bivariate OLS-regressioner (ej rapporteret) viser, at social- og sundhedspersonalet er signifikant mere positive i deres besvarelser end både sygeplejerskerne ($p < 0,001$) og terapeuterne og visitatorerne ($p < 0,001$), mens sygeplejerskerne ikke adskiller sig signifikant fra terapeuterne og visitatorerne ($p > 0,05$). De forskellige grupper af social- og sundhedspersonale (SSA, SSH og ufaglærte) er ikke signifikant forskellige fra hinanden ($p > 0,05$) og terapeuterne er ikke signifikant forskellige fra visitatorerne ($p > 0,05$).

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

2.2 Resultater fra interview

Dette afsnit kaster lys på interviewpersoners kvalitative oplevelser, for så vidt angår konsekvenserne af de faste, tværfaglige og selvstyrende teams i relation til kontinuitet og fleksibilitet i det borgerrettede arbejde samt interviewpersonernes oplevelser af, hvilke forhold der hhv. fremmer og hæmmer muligheden for positivt udbytte af en organisering baseret på faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

2.2.1 Kontinuitet, faglig stabilitet og fleksibilitet i det faglige og borgerrettede arbejde

I tråd med resultaterne fra spørgeskemaet er der i interviewene en udbredt oplevelse af, at faste, tværfaglige og selvstyrende teams (når de fungerer) for sygeplejersker og social- og sundhedspersonalet understøtter kontinuiteten og kvaliteten i borgerkontakten:

> *En fordel er, at mit fokus ikke behøver at være til alle borgerne i byen, men kan koncentrere mig om en mindre gruppe af borgere og en mindre gruppe af faste kolleger. Større viden og kontinuitet om egne borgere er et vigtigt udbytte.* (Sygeplejerske)

> *Vi har et ansvar for borgerne, som vi har lært bedre at kende (...) vi vil helst gerne følge borgeren og tænker dét ind i planlægningen. Der tages mere ejerskab i forhold til, hvordan borgeren har det og i forhold til relationen til de pårørende.* (Ufaglært social- og sundhedsmedhjælper)

Som citaterne illustrerer, udpeges det, at fagpersonerne har færre kolleger og borgere at forholde sig til som en væsentlig kilde til kontinuitet, såvel som fælles overblik over og kendskab til borgerne. Når medarbejderne får bedre kendskab til borgerne, bliver det samtidig vigtigere for dem at opretholde en høj grad af kontinuitet, og det fremgår, at dette i højere grad er blevet et eksplicit og legitimt fokus for planlægningen sammenlignet med tidligere:

> *Det, der er markant anderledes, er bevidstheden om betydningen for borgerne af, at vi er på arbejde, og det er de samme, der kommer derud.* (Social- og sundhedsassistent)

Interviewene viser samtidig, at kontinuitet ikke kun handler om antallet af personer, der kommer hos borgeren, men om den faglige viden om borgeren, som illustreret i citaterne nedenfor:

> *Kontinuitet går også på handlingen – at det er nemmere at overtage hinandens opgaver – fordi vi er tætte i teamet og har fået styr på handleplanerne hos borgerne.* (Sygeplejerske)

> *Det [at være i et mindre team, der arbejder med selvplanlægning] har givet en følelse af selvbestemmelse og mulighed for fx at prioritere borgere, hvor man har gang i noget rehabilitering og på samme måde mulighed for at bytte, når der er borgere, som giver stor psykisk belastning. Det giver bedre arbejdsmiljø og mulighed for at hjælpe hinanden.* (Social- og sundhedshjælper)

Faglig stabilitet, som det omtales på tværs af interview, indeholder to dimensioner, som knytter sig til, at:

- de medarbejdere, der kommer hos borgeren, kender borgeren og den hjælp, der skal gives, samt har de rette kompetencer til besøget.

- medarbejderne i teamet har blik for og mulighed for at afløse – og nogle gange aflaste hinanden – i borgerforløbene på en måde, der understøtter en stabil indsats.

Opmærksomheden på at realisere de to dimensioner af faglig stabilitet fremstår (mindst) lige så vigtigt som hensynet til at begrænse antallet af medarbejdere. Det fremgår også, at der i de enkelte teams og kommuner typisk har været mange overvejelser om forholdet mellem kontinuitet og faglig stabilitet – som uddybet nedenfor.

Forståelsen for balancen mellem kontinuitet og faglig stabilitet fremstår i den forbindelse typisk som et aspekt, der udvikles over tid, og som kommer i fokus, i takt med at det faste team modnes og får en fungerende hverdag. I den forbindelse nævner fagpersonerne også mange eksempler på, hvordan borgernes fokus over tid har flyttet sig fra at handle om, at det skal være de samme få personer, der kommer i hjemmet, til at fokusere på værdien i at være tilknyttet en stabil gruppe af medarbejdere. Det illustrerer citatet her:

> *Vi har lært hinanden meget bedre at kende. Det er rigtigt godt. Og her på det sidste er borgerne begyndt at sige 'det er jo lige meget, hvem af jer der kommer', og det viser jo, vi har fået rigtigt godt styr på det.* (Social- og sundhedsassistent)

Det skal bemærkes, at vakante stillinger, medarbejderudskiftning, sygefravær og et nogle steder stort forbrug af eksterne vikarer fremhæves som en udfordring i mange interviews. Det fremgår samtidig, at arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams kun i begrænset omfang vurderes at have påvirket disse elementer. Dette fremstår (som vi vender tilbage til i Kapitel 5) for mange som den største barriere for at komme helt i mål med målsætningen om øget stabilitet og kontinuitet i det borgerrettede arbejde.

2.2.2 Teams skal hverken være for små eller for store

Spørgsmålet om, hvilken teamstørrelse der er den rette i forhold til på den ene side at understøtte kontinuitet og faglig stabilitet og på den anden side at sikre faglig robusthed over for sygdom, ferie og udsving i borgergrundlag mv., går igen i interviewdeltagernes perspektiver.

Interviewene afdækker forskellige perspektiver på spørgsmålet om teamstørrelse. Medarbejdernes bedste bud er, at teamstørrelsen bør være inden for et spænd på 7-12 medarbejdere i dagligt fremmøde. Teamstørrelser inden for dette spænd forbinder de interviewede fagpersoner med mulighed for nære relationer i hverdagen og dermed et godt afsæt for samarbejde og kollegialt fællesskab:

> *Vi er 12 nu og 7 lister på dagsbasis. Det er passende – man kan forstå hinanden. Vores koordinator synes, det er lidt for småt – fordi vi er sårbare. Men jeg synes, det er dejligt med så lille et team. Det er trygt.* (Social- og sundhedshjælper)

Det fremhæves i interviewene, at teams, der er *for* små – ud over at sætte medarbejdere og det kollegiale fællesskab under pres – forbindes med mindre kontinuitet og stabilitet i borgerforløbene. Grundene til dette handler om, at disse teams i højere grad er nødsaget til at få hjælp fra andre teams samt interne og eksterne vikarer i forbindelse med sygdom, udsving i borgertyngden og medarbejderudskiftning.

Som også afdækket i evalueringens lederinterviews (Buch et al., 2024) vurderes dette i særdeleshed at gælde for teams, der dækker både aften- og dagvagt, hvilket også fremstår som årsag til, at kun ganske få kommuner aktuelt har realiseret en praksis, der kombinerer faste, tværfaglige og selvstyrende teams og blandede vagter.

Interviewene viser, at der endvidere er forskellige erfaringer med, hvorvidt det er entydigt positivt at være organiseret i et fast team, der er mindre. Flere betragter det som en ulempe, at de ofte skal hjælpe til i andre teams, fordi de dermed ikke høster alle fordelene ved at være i et mindre team. Omvendt oplever andre, at mange teams har en tendens til i for høj grad at "lukke sig om sig selv", hvilket udfordrer teamenes samlede robusthed. De to perspektiver er illustreret i citaterne nedenfor:

> *Jeg kunne godt tænke mig, at vi blev helt selvplanlæggende, og at vi holdt os mere stringent til, at vi er et fast team 1 og et fast team 2 – hvor vi ikke kører så meget på tværs af hinanden. Det kunne vi godt blive bedre til. Tror også, det ville gøre det sjovere at gå på arbejde, hvis man ikke får dumpet besøg ned, der ligger i den anden ende af byen. Det er også for borgernes skyld!* (Social- og sundhedshjælper)

> *Vi snakker ikke så meget på tværs af teams, som vi gjorde før – og det kan godt være en ulempe. At vi bliver for internt fokuserede og glemmer den større del, vi er med i. Øvelsen handler om at åbne op på tværs af miniteams med henblik på at blive gode til at hjælpe på*

> *tværs. Se sig selv som en del af noget større i stedet for at isolere sig i miniteamet.* (Social- og sundhedsassistent)

Nødvendigheden af og frustrationen over at skulle hjælpe på tværs af teams fylder en del i interviewmaterialet. Det fremstår derfor som et generelt og uafklaret opmærksomhedspunkt at finde den rette balance mellem at være et fast, afgrænset team og at kunne hjælpe til på tværs af teams, når der er brug for det.

Det fremgår også entydigt, at teams kan blive for store, samt at der både på tværs af kommuner og internt i de enkelte kommuner er (for) stor variation på teamstørrelsen:

> *Der er også forskel på størrelsen. Det nye team er stort, og det bøvler. Det er uoverskueligt – også for mig. De sidder ved et kæmpe bord.* (Rehabiliteringsterapeut)

Interviewene indikerer, at det er særligt er, når teamene bevæger sig over 12 medarbejdere i dagligt fremmøde, at udfordringerne for alvor mærkes. For store teams udfordrer en række af de "smådriftsfordele", der er knyttet til at kunne håndtere den daglige planlægning, holde effektive teammøder og borgerkonferencer samt overskue kolleger og borgere. Det gælder ikke mindst på tværs af sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere, hvor den fælles viden om borgere og kompetencer fremhæves som et vigtigt udbytte af teamorganiseringen.

Der ses dog eksempler på, at forholdsvist store teams beskrives velfungerende, ligesom der er små teams, der for de involverede fremstår udfordrede. Det skyldes, at der er en række andre faktorer end teamstørrelse med betydning for teamets succes. Herunder om der er udviklet fælles mål og trygge relationer i teamet, om teamet oplever at være understøttet godt ledelsesmæssigt, og om der er kommet fast struktur på hverdagens rutiner og møder.

Kapitel 6 vender tilbage til betydningen af teamstørrelse med udgangspunkt i de indsamlede spørgeskemadata.

2.2.3 Morgen- og teammøder, der binder hverdagen sammen

Daglige morgenmøder fremstår som et vigtigt redskab til at understøtte de enkelte teams. Fokus er ved disse møder på koordinering af dagens besøg og "fordeling" af borgerbesøg i tilfælde af sygdom samt overlevering af beskeder fra aften og nat. Enkelte kommuner følger også op på triagering om morgenen. Der er typisk sat 10-15 minutter af, og i de fleste kommuner er der etableret en

praksis, hvor en eller flere medarbejdere fra sygeplejen deltager (nogle steder på skærm eller telefon). Enkelte steder deltager også en terapeut.

Det er via morgenmøderne, at medarbejderne får overblik over dagen. Flere fortæller, at de tidligere sad alene med deres egen plan i en stor gruppe, og at få tog ansvar for at få fordelt opgaver og besøg. Men når de sidder i et mindre team, og alle kan se alle ruter, får de fælles overblik og ansvar. Interviewpersonerne oplever, at de kan se, hvem der kan hjælpe til hvor, og at det er med til at skabe kontinuiteten. Fælles overblik via storskærme fremstår som et væsentligt virkemiddel i denne forbindelse.

Interviewpersonerne, herunder særligt social- og sundhedspersonalet, oplever det generelt positivt, at der er kommet mere struktur på morgenmøder i de nye teams, hvor der typisk er en fast dagsorden og en mødeleder. I nogle teams skiftes medarbejderne til at være mødeledere, men der er også teams, hvor det fortsat er en teamleder eller planlægger, der styrer mødet.

Deltager der sygeplejersker på morgenmøderne, udgør de et væsentligt virkemiddel til at understøtte faglig sparring, koordination og opgaveoverdragelse (se også afsnit 3.2.2 i Kapitel 3). Det bidrager med mulighed for at sparre sammen på tværs omkring borgerne. De steder, hvor sygeplejen er organiseret for sig, udtrykker flere social- og sundhedspersonaler derfor også ønske om, at sygeplejen kommer tættere på teamet og herunder deltager i morgenmøder.

En udfordring, der knytter sig til morgenmøderne, er den afsatte tid, og det fremstår vigtigt, at møderne har en fast struktur med rutiner, der understøtter en effektiv mødegennemførelse. Flere fortæller, at de er nødsaget til at møde ind før vagtstart for at være klar til de fælles drøftelser, samt at der er mange opgaver, som der ikke er tilstrækkeligt med tid til at drøfte og fordele.

Det varierer, om teamet møder ind i eget lokale, eller om flere teams har morgenmøde i samme lokale, og det fremstår entydigt som en kilde til frustration, når teamet ikke har et eget og egnet lokale at være i.

Teammøder fremstår som væsentlige for udvikling af teamet og de relationer, der skal understøtte samarbejdet. På teammøder – der typisk holdes ugentligt – drøftes teamrelaterede forhold såsom trivsel, planlægning og prøvehandlinger. De fleste kommuner har i projektperioden opereret med ekstra tid afsat til disse møder med henblik på at understøtte teamenes udvikling.

Medarbejderne lægger generelt vægt på, at dette er nødvendigt for at sikre reel teamudvikling. En del oplever, at der undervejs i projektet har været for lidt tid sat af til dette, ligesom flere peger på, at den kontinuerlige udvikling i

hverdagen over tid er vigtigere end de formelle og generelle tilbud om kompetenceudvikling, der i mange kommuner er anvendt til at understøtte opstarten af projekterne.

Fra medarbejdernes perspektiv er det således vigtigt at sikre tid til nye teams, fordi det er her, som en organisk del af hverdagen, at teamet kan drøfte udfordringer og træffe beslutning i forhold til de ting, som de står i. Teammøder (frem for fx kompetenceudviklingsaktiviteter) er ifølge medarbejderne det, der virker i forhold til at opnå velfungerende teamsamarbejde og udvikling af teamets kultur og aftaler og teams med høj trivsel.

2.3 Opsamling

Det faste team fremstår på tværs af datakilder som en kilde til kontinuitet og faglig stabilitet. Disse elementer beskrives som vigtige i forhold til at kunne sikre borgeren en stabil hjælp samt i forhold til, at teamet kan dele viden og nogle gange aflaste hinanden i krævende borgerforløb. Faste medarbejdere, der kender borgerne og kommer tit i hjemmet, ses som et vigtigt element i at kunne tilpasse hjælpen til borgerens dagsform samt spotte ændringer i borgerens tilstand (dette resultat genfindes også i afsnit 3.2.4 og 3.2.5). Rekrutteringsudfordringer, sygefravær og brugen af eksterne vikarer fremstår heroverfor – og indtil videre upåvirket af arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams – som en stor barriere for at realisere det fulde potentiale ved en organisering baseret på teams.

Fagpersonerne oplever, at både for store og for små teams kan give udfordringer i forhold til kontinuitet og faglig stabilitet i det borgerrelaterede arbejde. En teamstørrelse på mellem 7-12 medarbejdere i dagligt fremmøde (uagtet om der er tale om et mono- eller tværfagligt team) fremstår som det, interviewdeltagerne oplever mest velfungerende.

Hyppige, korte og fokuserede møder fremstår også i relation til kontinuitet og faglig stabilitet som et centralt virkemiddel til at understøtte de faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Det fremstår for mange som et fremadrettet opmærksomhedspunkt at blive bedre til at holde møderne effektive. Tilsvarende fremstår teammøder med tid til og fokus på udvikling af teamet som et centralt element i forhold til at støtte opstarten af teams.

3 Et styrket tværfagligt samarbejde

Dette kapitel analyserer fagpersonernes perspektiver på puljens og kommunernes målsætning om, at arbejdet med teamorganisering skal resultere i et styrket tværfagligt samarbejde med let adgang til tværfaglig sparring og videndeling. Fokus er også på, hvorvidt og på hvilke måder kommunernes forskellige tilgange til det tværfaglige samarbejde opleves at styrke muligheden for at levere en helhedsorienteret indsats til borgerne.

3.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

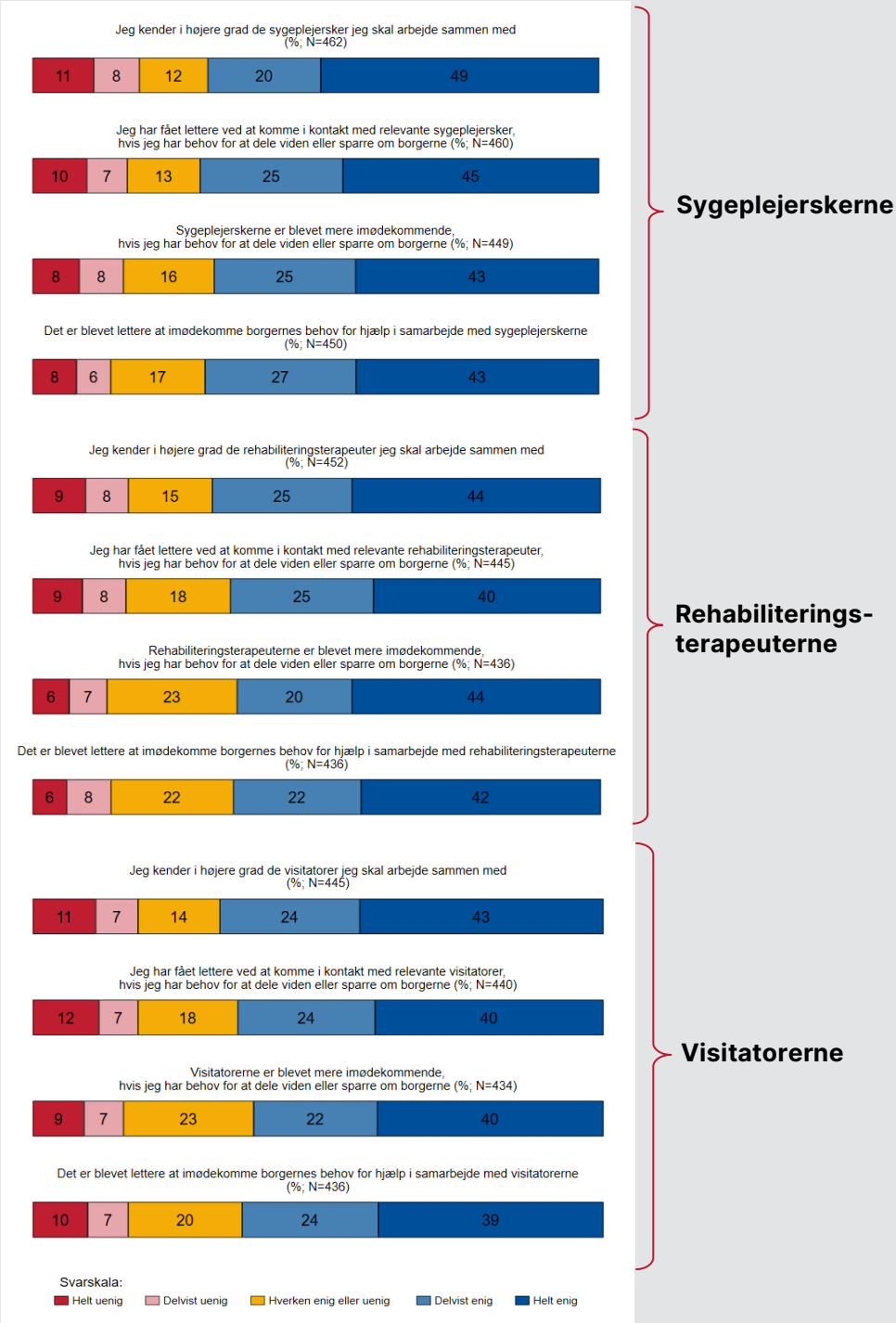
3.1.1 Et styrket tværfagligt samarbejde

Spørgeskemaets svarpersoner blev bedt om at vurdere organiseringens konsekvenser for deres kendskab og adgang til kollegaer på tværs af faggrupper, konsekvenserne for deres oplevelse af imødekommenhed ved behov for videndeling og sparring på tværs af faggrupper samt konsekvenserne for deres evne til at imødekomme borgernes behov i samarbejde med kollegaer på tværs af faggrupper.

Hver gruppe af fagpersoner er blevet bedt om at vurdere samarbejdet med de øvrige faggrupper, og Figur 3.1 viser social- og sundhedspersonalets svar vedrørende samarbejdet med sygeplejerskerne, terapeuterne og visitatorerne, mens lignende resultater for sygeplejerskernes, terapeuternes og visitatorernes svar findes i Bilagsfigur 2.1 - Bilagsfigur 2.3.

Spørgeskemasvarene viser, at der blandt flertallet af svarpersonerne er en oplevelse af styrket tværfagligt samarbejde som følge af organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

Figur 3.1 **Social- og sundhedspersonalets vurderinger af konsekvenser af team-organiserings konsekvenser for samarbejde med …**



Anm.: Figuren viser social- og sundhedspersonalets (dvs. assistenters, hjælperes og ufaglærtes) vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser for samarbejdet med sygeplejersker, rehabiliteringsterapeuter og visitatorer.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Startende med *personkendskabet* mellem faggrupper viser Figur 3.1, at 67-69 % af social- og sundhedspersonalet oplever at have fået bedre kendskab til sygeplejerskerne, terapeuterne og visitatorerne, mens 17-19 % ikke deler denne oplevelse. Som det kan ses i Bilagsfigur 2.1 - Bilagsfigur 2.3, er der også blandt sygeplejerskerne, terapeuterne og visitatorerne langt flere, der erklærer sig enige (end uenige) i, at de har fået bedre kendskab til deres kollegaer på tværs af faggrupper som følge af teamorganiseringen. Dette gør sig generelt gældende uanset, hvilke faggrupper der spørges ind til, men det gælder i særligt høj grad i relation til social- og sundhedspersonalet. Der er således hele 76-88 % af sygeplejerskerne, terapeuterne og visitatorerne, der erklærer sig enige i, at teamorganiseringen har betydet, at de i højere grad kender det social- og sundhedspersonale, de skal arbejde sammen med, mens kun 3-10 % er uenige heri.

Tallene i Figur 3.1 viser endvidere, at 64-70 % af social- og sundhedspersonalet erklærer sig enige i, at de har fået lettere ved at *komme i kontakt med* relevante sygeplejersker, terapeuter og visitatorer, mens 17-19 % erklærer sig uenige heri. Blandt sygeplejerskerne, terapeuterne og visitatorerne ses der igen (jf. Bilagsfigur 2.1 - Bilagsfigur 2.3) et mønster, hvor særligt kontakten til social- og sundhedspersonalet synes at være blevet lettet. Mens svarene vedrørende kontakten til de andre faggrupper er mere afdæmpede, er der dog stadig markant større enighed end uenighed i, at det er blevet lettere at komme i kontakt med relevante kollegaer. Det gælder uanset, hvilke faggrupper der spørges ind til.

Når det kommer til oplevelsen af *imødekommenhed* fra de andre faggrupper, viser Figur 3.1, at 62-68 % af social- og sundhedspersonalet erklærer sig enige i, at sygeplejerskerne, terapeuterne og visitatorerne er blevet mere imødekommende i tilfælde af behov for videndeling og sparring om borgerne, mens 13-16 % erklærer sig uenige heri. Blandt sygeplejerskerne, terapeuterne og visitatorerne (Bilagsfigur 2.1 - Bilagsfigur 2.3) varierer svarene igen afhængigt af, hvilke faggrupper der spørges ind til, men i alle tilfælde er der markant større enighed end uenighed i, at kollegaerne fra de andre faggrupper er blevet mere imødekommende som følge af teamorganiseringen.

Endelig viser Figur 3.1, at 63-70 % af social- og sundhedspersonalet oplever, at det er blevet lettere at imødekomme borgernes behov for hjælp i samarbejde med sygeplejerskerne, terapeuterne og visitatorerne, mens 14-17 % erklærer sig uenige heri. Blandt sygeplejerskerne, terapeuterne og visitatorerne går mønsteret med markant større enighed end uenighed igen, særligt når svarpersonerne spørges ind til muligheden for at imødekomme borgernes behov for hjælp i samarbejde med social- og sundhedspersonalet (64-77 % er her enige, mens 3-15 % er uenige jf. Bilagsfigur 2.1 - Bilagsfigur 2.3). Vurderingerne er igen en anelse mere afdæmpede, når svarpersonerne spørges ind til de andre faggrupper end social- og sundhedspersonalet, men det ændrer ikke

ved, at der i alle tilfælde er større enighed end uenighed i, at det er blevet lettere at imødekomme borgernes behov i samarbejde med kollegaer fra andre faggrupper.

3.1.2 Det tværfaglige samarbejdes betydning for at kunne levere en helhedsorienteret indsats

I tillæg til de ovenstående spørgsmål blev svarpersonerne også bedt om at give en overordnet vurdering af teamorganiseringens konsekvenser for muligheden for at *arbejde helhedsorienteret* med borgerne. På en skala fra 0 (meget sværere) til 10 (meget lettere) blev svarpersonerne således bedt om at vurdere, om organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams har gjort det lettere eller sværere at levere en helhedsorienteret indsats til borgerne. Den gennemsnitlige vurdering fordelt på faggrupper er angivet i Tabel 3.1.

Tabel 3.1 viser, at respondenterne i *nogen grad* oplever, at det er blevet lettere at levere en helhedsorienteret indsats til borgerne. Der er en anelse variation på tværs af faggrupperne, idet subgruppegennemsnittene på faggruppeniveau varierer fra 6,53 (sygeplejerskerne) til 7,08 (social- og sundhedspersonalet). Det er endvidere værd at nævne, at der er en del variation på kommuneniveau, idet gennemsnitsbesvarelserne varierer fra 4,22 i kommunen med det laveste gennemsnit til 9,13 i kommunen med det højeste gennemsnit.[4] Til trods for det positive helhedsbillede er der altså også enkelte tilfælde, hvor fagpersonalet oplever, at de tværfaglige teams har gjort det *sværere* – i stedet for lettere – at arbejde helhedsorienteret med borgerne.

Tabel 3.1 Subgruppegennemsnit: Teamorganiseringens konsekvenser for muligheden for at levere en helhedsorienteret indsats

Gruppe	
Social- og sundhedspersonale (N = 426)	7,08 (2,35)
- Social- og sundhedsassistenter (N = 141)	7,09 (2,38)
- Social- og sundhedshjælpere (N = 254)	7,01 (2,41)
- Ufaglærte, herunder elever (N = 31)	7,65 (1,68)
Sygeplejersker (N = 98)	6,53 (2,37)

[4] 2 kommuner har gennemsnit på 4-5, 4 kommuner har gennemsnit på 5-6, 5 kommuner har gennemsnit på 6-7, 9 kommuner har gennemsnit på 7-8, 4 kommuner har gennemsnit på 8-9, og 1 kommune har gennemsnit på over 9.

Gruppe	
Terapeuter og visitatorer (N=63)	6,84 (1,96)
- Terapeuter (N = 33)	6,94 (2,19)
- Visitatorer (N = 30)	6,73 (1,70)
Alle (N = 587)	6,96 (2,32)

Anm.: Tabellen viser de forskellige faggruppers gennemsnitssvar på følgende spørgsmål: "Oplever du, at organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams har gjort det lettere eller sværere at levere en helhedsorienteret indsats til borgerne?" Svarskala: 0-10, hvor 0 betyder 'meget sværere', og 10 betyder 'meget lettere'. (Standardafvigelser i parentes).

Bivariate OLS-regressioner (ej rapporteret) viser, at social- og sundhedspersonalet er signifikant mere positive i deres besvarelser end sygeplejerskerne ($p < 0,05$), men ikke adskiller sig signifikant fra terapeuterne og visitatorerne ($p > 0,05$). Sygeplejerskerne adskiller sig ikke signifikant fra terapeuterne og visitatorerne ($p > 0,05$). De forskellige grupper af social- og sundhedspersonale (SSA, SSH og ufaglærte) er ikke signifikant forskellige fra hinanden ($p > 0,05$), og terapeuterne er ikke signifikant forskellige fra visitatorerne ($p > 0,05$).

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

3.2 Resultater fra interview

Interviewdeltagernes perspektiver på udbyttet i relation til det tværfaglige samarbejde matcher i høj grad resultaterne fra spørgeskemaet. Der er på tværs af interviews en generel oplevelse af, at indførelsen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams har styrket samarbejdet mellem faggrupperne, samt at organiseringsformerne rummer et fremadrettet potentiale.

De følgende afsnit dykker med afsæt i interview ned i, hvorfor og hvordan interviewpersonerne oplever et styrket tværfagligt samarbejde, samt hvilke forhold der kan fremme og modvirke de oplevede resultater.

3.2.1 Faste og tilgængelige tværfaglige samarbejdspartnere

En afgørende forudsætning for den positive udvikling af det tværfaglige samarbejde, som analysen peger på, handler for medarbejderne om at etablere faste samarbejdspartnere, der så vidt muligt arbejder ud fra et fælles borgergrundlag. Fast deltagelse i relevante tværfaglige mødeaktiviteter og gerne fast daglig tilstedeværelse i det faste team fremstår også som vigtige elementer.

Interviewpersonerne lægger generelt vægt på, at et velfungerende tværfagligt samarbejde hviler på relationsdannelse – at "sætte ansigt på" og opbygge tillid til og tryghed ved hinanden. Denne oplevelse går på tværs af de involverede faggrupper som illustreret i citaterne nedenfor:

> *For visitationen har det været det at være tæt på teamet. Det at være med til teammøder og at vi har lært hinanden rigtigt godt at kende. Det har jeg aldrig prøvet før i de 13 år, jeg har været visitator. Det er mega godt.* (Visitator)

> *Jeg synes, det er helt fantastisk at have tæt samarbejde med sygeplejerskerne. Her har vi meget større mulighed for at snakke om borgerne – både dem, vi har fælles og nye borgere.* (Social- og sundhedsassistent)

> *Vi har fået sat ansigt på, og vi er ikke så farlige. Vi møder hinanden i øjenhøjde, selvom der er forskel på os. Selvom vi er forskellige faggrupper, har vi brug for hinanden, vi er enormt afhængige af hinanden, og vi er blevet rigtig gode til at drage nytte af hinandens erfaringer, og det kommer i sidste ende borgerne til gode.* (Sygeplejerske)

Interviewpersonerne understreger, at de formelle anledninger til samarbejde og strukturer for møder mv. går hånd i hånd med muligheden for at lære hinanden at kende, såvel som at få en fælles forståelse for teamets formål, spillereglerne, og hvordan man kan hjælpe hinanden på tværs af fagligheder.

For interviewpersonerne er det vigtigt for samarbejdet, at møderne over tid skal opleves effektive og velstrukturerede med henblik på at understøtte fremmøde og oplevet relevans. Derfor er det også vigtigt, at de faste deltagere får rutine med at afholde møder professionelt, herunder med anvendelse af de skabeloner og roller, der kan understøtte dette. Det ses generelt også som en forudsætning for velfungerende tværfaglige møder, at de relevante fagpersoner for de borgersager, der drøftes, er repræsenterede (noget, som fagpersoner dog i mange tilfælde oplever udfordringer med at leve op til).

Når det lykkes at kombinere de formaliserede møder med tryghed og en fælles oplevelse af faglig relevans, er erfaringerne, at møderne over tid får en afsmittende effekt på det øvrige samarbejde. Dels fordi der er større bevidsthed om, hvilke henvendelser der skal drøftes i hvilke fora, dels fordi der er "sat ansigt på", hvilket skaber tryghed i forhold til at kontakte hinanden i det daglige.

På tværs af fagpersoner bemærker flere, at den tværfaglige dialog og sparring er en kilde til løftede kompetencer og en forbedret kvalitet i indsatsen. Det kompetenceløft sættes samtidig i forbindelse med mere kvalificerede og effektive dialoger mellem social- og sundhedspersonale og hhv. sygeplejersker, terapeuter og visitatorer.

> *Det tværfaglige samarbejde gør virkelig hverdagen bedre. Arbejdsglæden er blevet meget højere. Rehabilitering har været svært før i*

> *tiden – at trække i fælles retning – der er bedre mulighed for at snakke sammen og sikre det nu. Man er mere tryg med de faste kolleger. Bedre til at hjælpe hinanden. Borgerne kender os, og vi kender dem bedre. Det er det faste og stabile element.* (Social- og sundhedshjælper)

Det fremgår samtidig som en pointe for særligt social- og sundhedspersonalet, at den faste kadence for tværfaglig dialog – nedenfor eksemplificeret ved triagemøder – giver en anden ro, sammenlignet med tidligere:

> *Det, at jeg har ansigt på, gør, at jeg ved, hvem jeg ringer til. Jeg ved også, hvornår jeg skal ringe, og hvornår kan det vente til triage. Når jeg er i tvivl, har jeg også fået at vide, at jeg bare skal ringe. Der ligger psykologisk tryghed i at vide, hvem [kollegaerne] er.* (Social- og sundhedsassistent)

Det skal bemærkes, at der i interviewmaterialet også er eksempler på fagpersoner, der *ikke* oplever, at det lykkes at etablere faste og tilgængelige samarbejdsrelationer i det omfang, de havde håbet og ønsket sig. Dette begrundes bl.a. med, når det ikke lykkedes at opretholde personkontinuitet i det tværfaglige samarbejde, fx fordi der er vakante stillinger, eller fordi det ikke er lykkedes at matche sygeplejens organisering til hjemmeplejens. I den forbindelse nævner flere social- og sundhedsmedarbejdere specifikt en frustration, der knytter sig til, når de andre faggrupper bliver koblet på teamet via skærmteknologi.

Logistiske udfordringer og travlhed – og i en del tilfælde også en oplevelse af manglende relevans – beskrives endvidere som årsager til, at nogle fagpersoner ikke oplever den tilsigtede grad af faste samarbejdsrelationer. Dette kommer typisk til udtryk ved manglende fremmøde samt tværfaglige møder, der holdes for sjældent og med for kort tid sat af (fx 30 minutter en gang om måneden).

3.2.2 Helhedspleje og sammenhæng i indsatsen på tværs af syge- og hjemmepleje

Mange interviewpersoner oplever, at arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams er med til at understøtte sammenhæng og helhedsorientering i indsatsen. Endvidere forbindes de faste samarbejdsrelationer mellem hjemme- og sygeplejen i nogen grad med en forbedret mulighed for fleksibel arbejdsdeling, hvilket igen er gavnligt for at levere helhedspleje.

Disse elementer vurderes især positivt blandt interviewpersoner, der oplever, at det reelt er lykkedes at sikre daglige og faste kontaktflader mellem syge-

og hjemmeplejen samt mødestrukturer og arbejdsgange, der giver ro og systematik i det tværfaglige samarbejde (fx morgen- og triagemøder).

Når de tværfaglige drøftelser fungerer, giver interviewpersonerne mange eksempler på koordinering og overdragelse af opgaver mellem faggrupperne, hvormed opgaverne samles på færre besøg og personer. Det gælder fx, når sygeplejersker overdrager sundhedslovsopgaver til social –og sundhedspersonalet, men der er også mange eksempler på, at social- og sundhedspersonalet får mulighed for at overdrage mindre opgaver til sygeplejerskerne.

Især blandt det interviewede social- og sundhedspersonale er der mange, der giver udtryk for, at øget opgaveoverdragelse til og fra sygeplejen giver anledning til øget trivsel og arbejdsglæde. Som illustreret nedenfor bunder det bl.a. i en oplevelse af faglig udvikling og muligheden for at være en vigtig og ligeværdig del af borgerforløbene:

> *Jeg føler mig mere værdsat, fordi jeg får lov at lære andre sygeplejeopgaver – skifte sår, måle blodtryk. Føler, jeg er blevet dygtigere. At jeg kan hjælpe en assistent med blodsukkermåling. Dejligt at hjælpe hinanden. Samarbejdet er så dejligt.* (Social- og sundhedshjælper)

Det skal bemærkes, at det ikke er alle steder, man har haft lige stor succes med at opnå (medarbejderoplevet) helhed og sammenhæng i plejen til borgerne. Det oplevede udbytte i forhold til helhedspleje og sammenhæng er typisk markant mindre i de tilfælde, hvor der ikke har været mulighed for at etablere fælles fysiske møder mellem hjemme- og sygeplejen (fx fordi faggrupperne ikke har haft fælles mødetider og/eller indmødesteder). For kort tid afsat til morgenmøderne samt manglende struktur og fokus fremstår som en anden kilde til mindsket udbytte samt frustration og tidspres i forhold til, at møderne kræver længere tid, end der er sat af (jf. også afsnit 3.2.1).

3.2.3 Tværfagligt samarbejde om rehabilitering

De fleste kommuner har jf. (Buch & Topholm, 2023) fokus på at etablere faste samarbejdsrelationer til *terapeuter* og en øget grad af fast tilstedeværelse af terapeuter i hverdagen. Disse elementer oplever interviewdeltagerne generelt understøtter et øget fokus på rehabiliterende og aktiverende indsatser til borgerne.

De gevinster, der fremhæves på tværs af interviews, handler om:

- Øget viden om metoder, hjælpemidler og ressourcepersoner, der kan understøtte det fysiske arbejdsmiljø og borgernes selvhjulpenhed

- Bedre mulighed for at identificere og vurdere borgeres rehabiliteringspotentiale (inden for både servicelovs- og sundhedslovsområdet)

- Forbedret dokumentationspraksis og forståelse for, hvorfor og hvordan dette arbejde er vigtigt for at understøtte de forløb, der arbejdes med

- Bedre overgang fra midlertidig hjælp (serviceloven § 83 a) til varig hjælp (serviceloven § 83) i forhold til at fastholde fokus på rehabilitering og fastholdelse af borgerens funktionsniveau.

Interviewene indikerer en del variation i, hvor langt de enkelte kommuner er kommet med at realisere ovenstående gevinster. Denne variation ser bl.a. ud til at være relateret til graden af fysisk tilstedeværelse af terapeuter i hverdagen, og hvor lang tid der har været til at udvikle samarbejdet.

En del kommuner har også arbejdet med at give terapeuterne en fast, fysisk tilstedeværelse i teamenes hverdag, og de interviewpersoner, der har erfaring med dette, oplever generelt øget mulighed for, at dialog og faglig sparring fra møder bliver realiseret i det daglige arbejde. Terapeuters deltagelse i særligt triagemøder og tværfaglige borgerkonferencer fremstår således som et positivt element, der medvirker til at udvide mulighedsrummet for de medarbejdere, der er ansvarlige for den daglige pleje. Som illustreret i citatet nedenfor, lægger de interviewdeltagere, der forholder sig særligt positivt til udbyttet af de nye mødeformer, vægt på, at samarbejdet er tæt og stabilt over tid:

> *Projektet har gjort det nemmere at tænke hverdagsrehabilitering ind i hverdagen. Jeg kigger forbi teamet hver dag og oplever at være en del af teamet og ikke bare en gæst. Det giver rigtigt god mening for mig. Jeg kan også se, at vores møder i teamet fungerer rigtigt godt sammenlignet med de møder, mine kolleger har med hjemmeplejen generelt.* (Rehabiliteringsterapeut)

> *Rehabilitering er et af de områder, der har været rigtig svært at lykkes med før i tiden i forhold til at trække i fælles retning. Der er bedre mulighed for at snakke sammen og sikre, at det, der er aftalt, også er det, vi gør sammen med borgeren.* (Social- og sundhedshjælper)

Det fremstår samtidig som en forudsætning for at indfri dette udbytte, at der er en vis grad af kontinuitet i borgerkontakten, hvor det er de samme få medarbejdere fra social- og sundhedspersonalet, der i samarbejde med terapeuter observerer eller aktiverer borgerne.

3.2.4 Tidlig opsporing af begyndende sygdom

Interviewpersonerne oplever generelt, at et velfungerende tværfagligt samarbejde understøtter muligheden for tidligt at opspore begyndende sygdom hos borgerne. Tidlig opsporing afhænger i høj grad af muligheden for, at social- og sundhedspersonalet kan dele deres observationer af borgerne med *sygeplejerskerne*, fx på morgenmøder, triagemøder eller via de uformelle kontaktflader i dagligdagen, som en organisering i faste, tværfaglige og selvstyrende teams (jf. gennemgangen i Kapitel 2) kan give anledning til.

Den praksisnære og kontinuerlige viden om borgernes tilstand og funktionsevne beskrives som afgørende for at spotte borgerne rettidigt. De interviewede sygeplejersker tillægger det stor værdi, at de får bedre adgang til social- og sundhedsmedarbejdernes viden om borgerne:

> *Mødet om morgenen med koordinering og gennemgang af planer har været en kæmpe hjælp til at løse problemer, inden de opstår. Tæt kontakt med sygeplejerskerne medvirker til hurtigere opsporing. Kan se, det gør en forskel. God og vigtig dialog. Min arbejdsglæde er også højnet en del! Hjælpere og assistenter er vores øjne og ører, og den viden, de kommer med, er guld værd. Har aldrig hørt andet end positiv respons fra borgerne – det gør mig stolt. Idéen er super god!* (Sygeplejerske)

> *Når jeg fx skal tage kontakt til egen læge om fx noget kognitivt, der har ændret sig, har det været virkelig godt at have del i teamets observationer. Det er meget givtigt at kunne sige, man er et helt hold, der står bag observationerne. Det giver sikkerhed og kvalificerer mit arbejde. Det er så rart, at man løbende kan tale sammen om det.* (Sygeplejerske)

Som illustreret i citaterne forbindes den tættere viden og dialog om borgeren også med styrkede handlemuligheder og øget mulighed for at sikre faglig kvalitet i sygeplejerskernes borgerrettede arbejde på mere generelt plan.

3.2.5 En hjælp, der matcher borgernes behov

Langt flertallet af puljekommunerne har også haft fokus på at styrke samarbejdet mellem hjemmeplejens teams og områdets visitatorer. Dette er først og fremmest sket ved hjælp af tværfaglige borgerkonferencer med deltagelse af både teammedlemmer og visitatorer, men derudover er der også nogle kommuner, der har etableret tidspunkter, hvor visitatorerne er fysisk til stede i de teams, de er tilknyttet.

Interviewene viser, at både visitatorer og social- og sundhedspersonale tillægger de fysiske møder stor værdi, fordi de forbinder dem med relationer, mere fælles viden og derved bedre afsæt for dialogen om justering af borgernes hjælp. Det viser eksemplerne her:

> *Som visitator har jeg set et fagligt løft af plejen. Den tværfaglige dialog – og lysten til at tage direkte kontakt er blevet større. Det giver hurtigere sagsbehandling for borgerne – jeg får hurtigere tilbagemeldinger, og den skriftlige kommunikation er også blevet mere præcis. Der er hyppigere kommunikation, og vi ved, hvem hinanden er.* (Visitator)

> *Det [visitationens faste deltagelse i ugentlige borgerkonferencer] er en meget, meget vigtig del af projektet. Det betyder så meget for relationen til borgerne, at vi let kan justere i deres hjælp, og at det visiterede passer. Vi har gået alle borgere igennem og ændret i deres visitationer – det blev rettet ind, så det i meget højere grad var retvisende. […] det er så godt, at vi har fået mulighed for at forholde os til funktionsevnevurderingen.* (Social- og sundhedsassistent)

Som illustreret i citaterne er det for mange nyt at have ansigt på hinanden, og oplevelsen er typisk, at både visitatorerne og de udekørende medarbejdere nyder godt af at have fået bedre forståelse for hinandens opgaver og rammer, faglighed og fælles viden om borgerne.

Visitatorerne lægger særligt vægt på, at den øgede kontakt med de udekørende medarbejdere giver mulighed for:

- At forklare, hvordan visitatorerne arbejder, herunder hvorfor dokumentation vedrørende borgernes situation og funktion er vigtig, og hvordan dokumentationen anvendes i hverdagen (også i relation til rehabilitering)
- At højne de udekørende medarbejderes forståelse for, hvilke kvalitetsstandarder der gælder, og hvordan visiterede ydelser er tænkt udmøntet i det borgerrettede arbejde
- At fungere som rådgiver og sparringspartner på, hvilke indsatser der kan bringes i spil i forhold til de enkelte borgerforløb
- Hurtigere og mere kvalificeret at kunne tilpasse ydelserne for borgerne.

De udekørende medarbejdere i hjemme- og sygeplejen forbinder typisk den direkte dialog med visitationen med:

- Bedre forståelse for, hvordan visitationen fungerer, herunder hvordan og hvorfor dokumentation er vigtig

- At det er dejligt, at borgere kan drøftes mundtligt, og at der med det afsæt kan justeres i hjælpen på stedet

- Aha-oplevelser i forhold til, at visitatorerne "ikke er så slemme" og i mange tilfælde fungerer som faglige sparringspartnere, der hjælper med at finde nye veje i det borgerrettede arbejde – særligt i komplekse forløb.

Enkelte visitatorer giver udtryk for, at de er nået så langt i samarbejdet, at de oplever en positiv afsmitning på det generelle samarbejde i en grad, hvor de kan se et samlet potentiale forbundet med de fysiske møder:

> *I sidste ende er det nok tidsbesparende, for jeg kan se, at der slet ikke kommer samme mængde af daglige opgaver fra team XXX, sammenlignet med det øvrige.* (Visitator)

Til trods for de oplevede gevinster ved de tværfaglige møder skal det dog samtidig bemærkes, at mange interviewede visitatorer også oplever, at møderne er tidskrævende på en måde, der kan virke forstyrrende i deres hverdag. Flertallet af visitatorer har *ikke* en klar fornemmelse af, at møderne – og den tilknyttede køretid til hjemmeplejedistrikterne – sparer tid i andre sammenhænge. Det leder i flere tilfælde til en vurdering af, at samarbejdsformen øger arbejdspresset i en grad, hvor det ikke vil kunne hænge sammen på fuld skala, medmindre der tilføres ressourcer:

> *Vi kan også godt mærke, det er sårbart, fordi der hele tiden er nogen, som er væk – fx til borgerkonferencer. Så for os er det blevet sværere at få hverdagen til at hænge sammen. Der er meget køretid forbundet med den nye praksis. Så mindre tid til min kerneopgave. Så det er stressende.* (Visitator)

Med afsæt i ovenstående er der også stor forskel på, hvor ofte, de borgerkonferencer, hvor visitatorerne deltager, afholdes, samt hvor lang tid kommunerne har sat af til møderne. Det fremgår, at interviewdeltagerne generelt forholder sig mere kritisk til relevans og oplevet udbytte, når møderne ikke holdes ugentligt.

3.2.6 Udfordringer for det tværfaglige samarbejde

Interviewene afdækker variation i forhold til oplevelsen af, hvorvidt det er lykkedes at realisere det fulde potentiale af de elementer af det tværfaglige sam-

arbejde, der er gennemgået i de foregående afsnit. Variationen er samtidig relateret til bekymringer – særligt blandt terapeuter, sygeplejersker og visitatorer – i forhold til, hvordan en organisering med øget fokus på tværfagligt teamsamarbejde kan gøres fagligt og organisatorisk bæredygtigt i større skala.

Disse perspektiver udfoldes i dette afsnit sammen med interviewdeltagernes forslag til det videre arbejde.

Balancen mellem mono- og tværfaglighed

Mange visitatorer, terapeuter og sygeplejersker har en oplevelse af, at den monofaglige organisering, de er vant til og sætter stor pris på, udfordres af arbejdet med teams og det medfølgende fokus på øget tværfagligt samarbejde:

> *Vi sygeplejersker mødes monofagligt efter det fælles morgenmøde. Det er nødvendigt, fordi vores ruter ikke matcher hjemmeplejens borgere. Det betyder, at det kan være svært at komme ud ad døren til tiden.* (Sygeplejerske)

> *Jeg kan mærke, at jeg jo næsten har en større kollegial følelse for teamet end for min egen faggruppe af sygeplejersker. Det er en udfordring for mig. Det er godt med teamet, men jeg mangler noget på den anden konto. Fx palliative forløb eller komplekse udskrivninger – og der er mine kolleger nogle gange for svære at få fat på.* (Sygeplejerske)

> *Hvis jeg skal bevare min faglighed som visitator og kigge på borger fra lovgivningsmæssigt perspektiv, så skal vi tale serviceniveau herinde – vi skal have fælles serviceniveau, hvis kommunen vil bruge os til det, fordi vi er med til at styre ressourcerne.* (Visitator)

Det er imidlertid væsentligt at slå fast, at der i interviewene peges på måder til at imødekomme specialfunktionernes behov for monofaglighed. Dette gælder også i kommuner, der arbejder med en fuldt tværfagligt integreret organisering. Interviewpersoner peger således på, at man med fordel kan kombinere den tværfaglige organisering med monofaglige elementer, fx monofaglige møder, sparring i løbet af dagen (typisk efter det fælles morgenmøde og igen om eftermiddagen) og evt. separate grupperum:

> *Vi har monofaglighed, selvom vi er i faste teams. Der er ikke noget, der er blevet forringet. Tværtimod synes jeg.* (Sygeplejerske)

Ressourceknaphed vs. uklart billede af udbyttet

Mange terapeuter, visitatorer og sygeplejersker i analysen oplever at mangle ressourcer til at kunne honorere de forventninger, der er til deltagelse på tværfaglige møder mv. i forhold til de enkelte teams. Citatet illustrerer denne bekymring:

> *Der er mange teams i kommunen, og hvordan kan man sikre faste visitatorer til dem? Jeg er også bange for, om der kommer person-relaterede forskelle fra område til område pga. visitator. Der ligger en vigtig opgave med at afklare det.* (Visitator)

Set fra dette perspektiv har en del interviewpersoner en oplevelse af, at den tid, de anvender på tværfaglige møder, ikke blot begrænser muligheden for monofaglig sparring (jf. ovenstående afsnit), men også tager tid fra de øvrige opgaver, der skal passes. Særligt i en fremtid uden projektmidler (som i flere tilfælde er anvendt til at frikøbe medarbejdere til projekterne eller tilføre ekstra ressourcer fx i visitationen) giver dette anledning til bekymring for, om hverdagen vil blive sat under for stort pres, hvis ikke der tilføres ressourcer til at løfte det tværfaglige samarbejde.

En del terapeuter, visitatorer og sygeplejersker har også en oplevelse af, at deres rolle i teamorganiseringen først og fremmest er at "give noget" til hjemmeplejen, mens det er uklart, hvad "de får igen", som det ofte udtrykkes. I interviews ses det bl.a. ved interviewpersoner, der giver udtryk for at have svært ved at se relevansen af de tværfaglige mødestrukturer samt har frustrationer over udfordringer med at sikre en stabil mødedeltagelse.

Konflikter og nedjusterede forventninger

Ønsket om at knytte sygeplejen tæt til hjemmeplejen har i en del af de 12 kommuner, der har haft som mål at etablere fuldt tværfagligt integrerede teams (Buch & Topholm, 2023) ledt til svære og fastlåste konflikter. Der er således nogle af de interviewede sygeplejersker, der beretter, at trivslen og arbejdsglæden for dem og deres kolleger har været mindsket som følge af kommunens tværfaglige ambitioner. Der gives også eksempler på sygemeldinger og opsigelser, der er direkte begrundet i ønsket om at integrere sygeplejen og hjemmeplejen på teamniveau. Manglende involvering, forventningsafstemning i forhold til graden af tilknytning til hjemmeplejen, usikkerhed om rollerne og ressourcepres beskrives som medvirkende årsager hertil. Dette er illustreret i citatet nedenfor:

> *Et problem for os er drift og forventninger, som er svære at indfri, fordi vi ikke har kunnet finde ud af vores rolle. Der er mange frustrationer over det. Vi kan se meningen i at være til stede, og der*

> *sker noget på møder, men vi har ikke haft en klar ramme at forholde os til. Vi har heller ikke kunnet honorere forventningerne om fast deltagelse, fordi vi ikke er så mange.* (Sygeplejerske)

Som følge af sådanne konflikter er der flere eksempler på kommuner, der undervejs i projektperioden har nedjusteret deres ambitioner i forhold til graden af tværfaglig integration i teamene (fx undladt at gøre sygeplejerskerne til medlemmer af de oprettede teams, til trods for at man ved projektstart havde ambitioner herom).

3.3 Opsamling

Analysen tegner samlet set et positivt billede af, at arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams understøtter tættere tværfagligt samarbejde med positivt udbytte for borgerforløbene. Spørgeskemasvarene viser, at der på tværs af spørgsmål og faggrupper er et markant flertal, der vurderer, at arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams har styrket samarbejdet mellem de involverede faggrupper, der indgår i evalueringen. Det kommer til udtryk i form af bedre kendskab til og dialog med hinanden, og mange oplever, at dette smitter positivt af på muligheden for at give en helhedsorienteret indsats til borgerne.

Det fremgår samtidig, at særligt gruppen af social- og sundhedspersonale er positive i deres vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser i forhold til at kunne levere en helhedsorienteret indsats.

Interviewundersøgelsen bekræfter billedet af, at fagpersonerne generelt forbinder udviklingsarbejdet med et styrket tværfagligt samarbejde. Interviewpersonerne forbinder i høj grad også dette med positivt udbytte for borgere såvel som for medarbejdere.

En central (og på tværs af kommuner gennemgående) virkningsmekanisme for dette resultat er, at der i daglig praksis etableres faste og stabile tværfaglige relationer med navngivne samarbejdspartnere. Forudsigelige anledninger til sparring om borgerne, herunder eksempelvis triagemøder og borgerkonferencer med fokus på at drøfte udvalgte borgersager, fremstår som et andet centralt virkemiddel med henblik på at styrke samarbejdet på tværs af faggrupper.

Oplevelsen er, at en sådan praksis bidrager til mere kvalificerede beslutninger om igangsættelse af indsatser i borgerforløbene og struktureret opfølgning herpå. Det skyldes, at tværfaglige møder muliggør et fælles blik på borgerforløbene, som gør det lettere for de involverede faggrupper at arbejde helhedsorienteret og med fælles retning, særligt i de komplekse borgerforløb.

Kapitlet har dog også afdækket, at der (både i spørgeskemasvarene og i det kvalitative interviewmateriale) er en del variation i svarpersonernes vurderinger, til trods for det overordnede positive billede. Mens nogle kommuners fagpersoner i *meget* høj grad oplever, at det tværfaglige samarbejde er styrket, er der således også enkelte tilfælde, hvor fagpersonerne *ikke* forbinder de nye teams med et styrket tværfagligt samarbejde. I de mest ekstreme tilfælde opleves samarbejdet mellem faggrupperne som værende *mere udfordret* end før etableringen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Ønsket om at bevare et monofagligt fællesskab står centralt i disse udfordringer, og der efterlyses således fokus på en organisering og konkrete tiltag, der kan understøtte monofagligheden fremadrettet.

Endelig vurderer mange *visitatorer og terapeuter* i de kvalitative interviews, at faste, tværfaglige og selvstyrende teams udbredt til kommunen som helhed vil udfordre funktionernes ressourcer og opgavevaretagelse, hvis de nuværende kadencer for tværfaglige møder fastholdes, uden at der tilføres flere ressourcer. Hvor enkelte visitatorer og terapeuter oplever, at tiden til møder modsvares af øget kvalitet og effektivitet i teamsamarbejdet, har flertallet således et uklart billede af udbyttet (i hvert fald for deres egen funktion).

4 Elementer af selvstyring

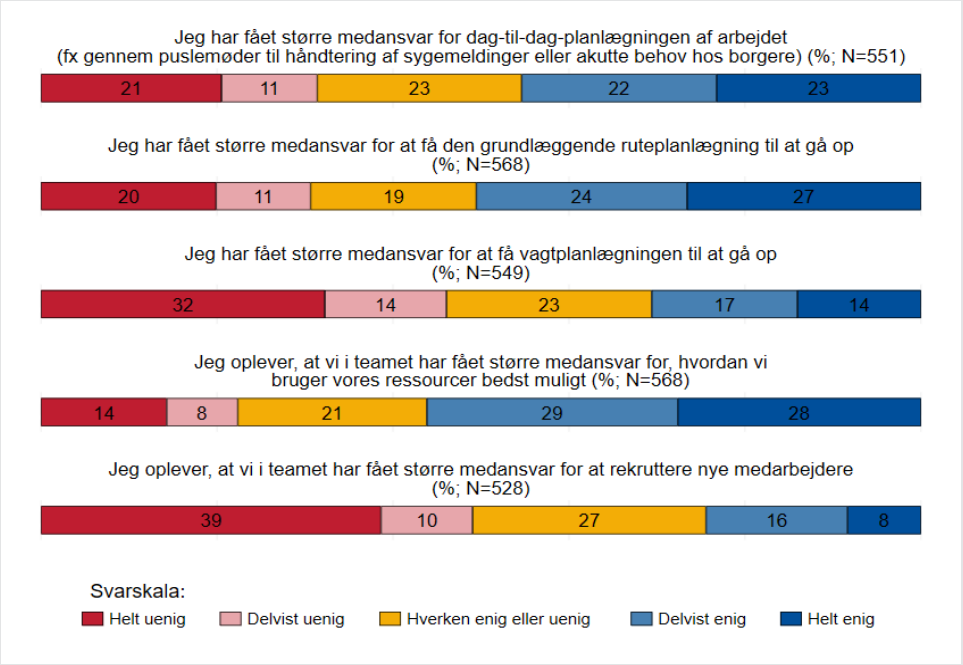
Den tredje målsætning, som denne evaluering undersøger, vedrører det *selvstyrende* element i arbejdet med teamorganisering. Dette element knytter sig til en målsætning om, at fagpersonalet opnår større fagligt ansvar (fx i relation til den daglige planlægning af teamets arbejde og i relation til teamets ressourceanvendelse og rekruttering) og en større faglig frihed i organiseringen og udførelsen af det borgerrettede arbejde.

4.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

4.1.1 Ansvarsfølelse i forhold til planlægning, ressourcer og rekruttering

Af Figur 4.1 fremgår det, at respondenterne i et vist omfang oplever en øget *ansvarsfølelse* som følge af organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Der er et flertal på 57 % af respondenterne, der erklærer sig helt eller delvist enige i, at der på teamniveau er kommet et større medansvar for, hvordan ressourcer anvendes (22 %, der er uenige heri), og der er også en anelse flere respondenter, der er enige end uenige i, at de selv har fået større medansvar for at få den grundlæggende ruteplanlægning samt dag til dagplanlægningen til at gå op (45-51 % er her enige, mens 31-32 % er uenige). Der er imidlertid større *uenighed* end enighed i, at respondenterne har fået et større medansvar for vagtplanlægningen (46 % er her uenige, mens 31 % er enige) og i, at teamene har fået et større medansvar for rekruttering af nye medarbejdere (49 % er her uenige, mens 24 % er enige).

Figur 4.1 Oplevede konsekvenser for følelse af medansvar i forhold til planlægning, ressourceanvendelse og rekruttering



Anm.: Figurens udsagn indgik i et Likert-batteri med følgende introduktionstekst: "I hvor høj grad oplever du, at organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams har haft følgende konsekvenser for dit arbejde?". 'Ved ikke'-svar er kodet som missing.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Hvor der i Figur 4.1 tages udgangspunkt i den samlede stikprøve af respondenter, viser Tabel 4.1 de forskellige faggruppers gennemsnitssvar med henblik på at belyse, om der er forskelle på de oplevede konsekvenser af teamorganiseringen. Social- og sundhedspersonalet er igen (som det også var tilfældet i Kapitel 2-3) en anelse mere positive i deres svar, end det er tilfældet i gruppen af sygeplejersker samt gruppen af terapeuter og visitatorer. Der ses i Tabel 4.1 ingen signifikante forskelle på sygeplejerskers, terapeuters og visitatorers vurderinger.

Endelig er det relevant at nævne, at der er væsentlige forskelle på kommuneniveau, når det kommer til svarene på spørgsmålene i Figur 4.1. På skalaen fra 1-5, hvor 1 svarer til helt uenig, og 5 svarer til helt enig, varierer kommunernes gennemsnit således fra 1,8 i kommunen med det laveste gennemsnit til 4,3 i kommunen med det højeste gennemsnit.[5]

[5] Der er 1 kommune med et gennemsnit på 1-2, 13 kommuner med gennemsnit på 2-3, 9 kommuner med gennemsnit på 3-4, og 2 kommuner med gennemsnit på 4-5.

Tabel 4.1 Subgruppegennemsnit: Ansvarsfølelse i forhold til planlægning, ressourceanvendelse og rekruttering

Gruppe	
Social- og sundhedspersonale (N = 374)	3,08 (1,14)
- Social- og sundhedsassistenter (N = 127)	2,99 (1,13)
- Social- og sundhedshjælpere (N = 221)	3,12 (1,17)
- Ufaglærte, herunder elever (N = 26)	3,22 (1,01)
Sygeplejersker (N = 88)	2,65 (1,22)
Terapeuter og visitatorer (N=27)	2,57 (1,15)
- Terapeuter (N = 19)	2,57 (1,21)
- Visitatorer (N = 8)	2,58 (1,07)
Alle (N = 489)	2,98 (1,17)

Anm.: Tabellen viser de forskellige faggruppers gennemsnitssvar på udsagnene i Figur 4.1 (standardafvigelser i parentes). De fem udsagn er samlet i en indikator fra 1-5 (Cronbach's alpha = 0,88). En værdi på 1 svarer til 'helt uenig', og en værdi på 5 svarer til 'helt enig'.

Bivariate OLS-regressioner (ej rapporteret) viser, at social- og sundhedspersonalet er signifikant mere positive i deres besvarelser end både sygeplejerskernes ($p < 0,01$) og terapeuternes og visitatorernes besvarelser ($p < 0,05$), mens sygeplejerskerne ikke adskiller sig signifikant fra terapeuterne og visitatorerne ($p > 0,05$). De forskellige grupper af social- og sundhedspersonale (SSA, SSH og ufaglærte) er ikke signifikant forskellige fra hinanden ($p > 0,05$), og terapeuterne er ikke signifikant forskellige fra visitatorerne ($p > 0,05$).

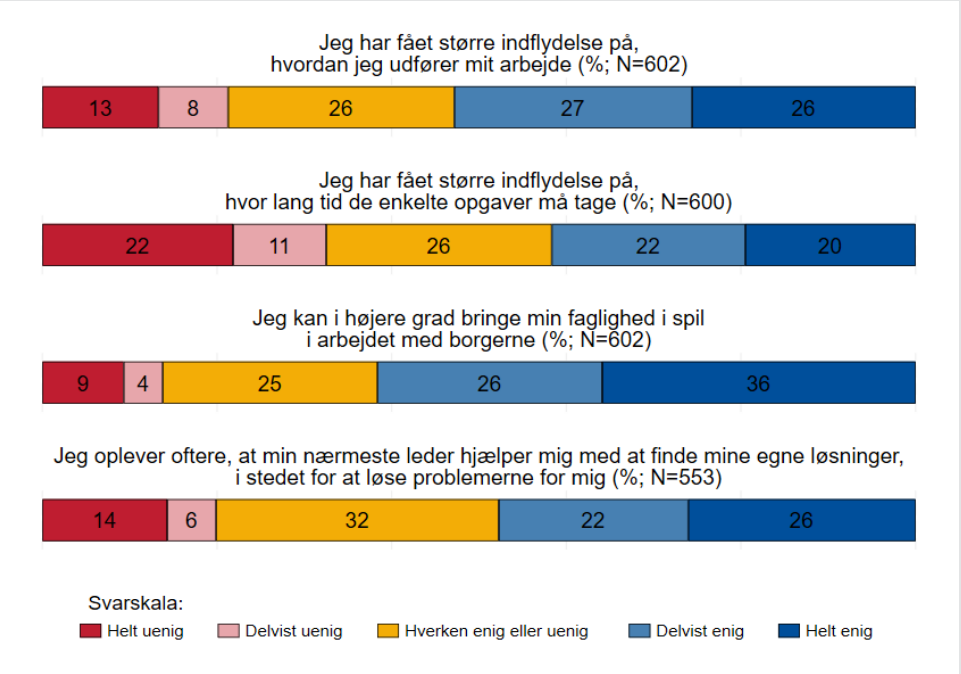
Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

4.1.2 Faglig frihed i det borgerrettede arbejde

Mens respondenterne kun i begrænset grad giver udtryk for at opleve større ansvar som følge af organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams, ser det mere positivt ud, når det kommer til oplevelsen af faglig *frihed* i forbindelse med det borgerrettede arbejde. Figur 4.2 viser således, at flertallet af respondenterne er helt eller delvist enige i, at arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams har givet dem større indflydelse på, hvordan de udfører deres arbejde (53 % er enige, mens kun 21 % er uenige), og et stort flertal oplever i højere grad at kunne bringe deres faglighed i spil i arbejdet med borgerne (62 % er enige heri, mens kun 13 % er uenige). Selv ved udsagnet med

den største uenighed er der større enighed end uenighed blandt respondenterne (42 % er enige i, at de har fået større indflydelse på, hvor lang tid de enkelte opgaver må tage, mens 33 % er uenige heri).

Figur 4.2 Oplevede konsekvenser for følelse af faglig frihed



Anm.: Figurens udsagn indgik i et Likert-batteri med følgende introduktionstekst: "I hvor høj grad oplever du, at organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams har haft følgende konsekvenser for dit arbejde?". 'Ved ikke'-svar er kodet som missing.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Af Tabel 4.2 fremgår det, at social- og sundhedspersonalet endnu en gang skiller sig ud med gennemsnitssvar, der er mere positive end sygeplejerskerne, terapeuterne og visitatorerne, mens der ikke er signifikante forskelle mellem sygeplejerskerne, terapeuterne og visitatorerne, når det kommer til udsagnene i Figur 4.2. Der er igen en del variation på kommuneniveau, idet gennemsnitsværdierne på skalaen fra 1-5 varierer fra 2,3 i kommunen med det laveste gennemsnit til 4,5 i kommunen med det højeste gennemsnit.[6]

[6] 4 kommuner har gennemsnit på 2-3, 16 kommuner har gennemsnit på 3-4, og 5 kommuner har gennemsnit på 4-5.

Tabel 4.2 Subgruppegennemsnit: Faglig frihed i forbindelse med borgerrettet arbejde

Gruppe	
Social- og sundhedspersonale (N = 399)	3,56 (1,07)
- Social- og sundhedsassistenter (N = 139)	3,52 (1,07)
- Social- og sundhedshjælpere (N = 235)	3,57 (1,09)
- Ufaglærte, herunder elever (N = 25)	3,60 (0,97)
Sygeplejersker (N = 93)	3,06 (1,19)
Terapeuter og visitatorer (N=41)	2,89 (1,18)
- Terapeuter (N = 27)	2,77 (1,31)
- Visitatorer (N = 18)	3,13 (0,86)
Alle (N = 533)	3,42 (1,13)

Anm.: Tabellen viser de forskellige faggruppers gennemsnitssvar på udsagnene i Figur 4.2 (standardafvigelser i parentes). De fire udsagn er samlet i en indikator fra 1-5 (Cronbach's alpha = 0,85). En værdi på 1 svarer til 'helt uenig', og en værdi på 5 svarer til 'helt enig'.

Bivariate OLS-regressioner (ej rapporteret) viser, at social- og sundhedspersonalet er signifikant mere positive i deres besvarelser end både sygeplejerskerne ($p < 0,001$) og terapeuterne og visitatorerne ($p < 0,001$), mens sygeplejerskerne ikke adskiller sig signifikant fra terapeuterne og visitatorerne ($p > 0,05$). De forskellige grupper af social- og sundhedspersonale (SSA, SSH og ufaglærte) er ikke signifikant forskellige fra hinanden ($p > 0,05$), og terapeuterne er ikke signifikant forskellige fra visitatorerne ($p > 0,05$).

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

4.2 Resultater fra interview

Interviewundersøgelsen bekræfter spørgeskemaets fund af, at selvstyring (som kilde til fagligt ansvar og frihed) er det element ved organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams, som fagpersonerne i mindst omfang oplever, at puljekommunerne har arbejdet med. Som de følgende afsnit beskriver, er det også primært hjemmeplejens faggrupper, der oplever forandringer i relation til dette element af teamorganiseringen.

4.2.1 Selvplanlægning

Interviewdeltagere, der har oplevet et øget ansvar som følge af teamorganiseringen, har først og fremmest oplevet dette i relation til *dag til dag-planlægningen af det borgerrettede arbejde* samt den grundlæggende ruteplanlægning. Kun et mindre antal kommuner har involveret medarbejderne aktivt i ferie- og vagtplanlægning, men det fremgår, at medarbejderne generelt har et tættere samarbejde med planlæggerne (typisk social- og sundhedspersonale i administrative funktioner med ansvar for vagtplanlægning og arbejdstilrettelæggelse) end tidligere. Dette er også afspejlet i Figur 4.1, hvor godt halvdelen angiver at have fået mere medansvar for den grundlæggende planlægning.

De interviewede medarbejdere finder det generelt positivt at have fået medansvar for den daglige besøgsplanlægning. Det fremgår dog også som en gennemgående pointe, at medarbejderne har forskellige forudsætninger og ønsker om, hvor meget ansvar der skal overdrages. Derfor pointeres, at det (særligt i lyset af rekrutteringssituationen) er vigtigt at være fleksibel i relation til de enkelte medarbejdere.

Det er primært social- og sundhedspersonalet og til dels også sygeplejersker de steder, hvor de indgår i et integreret dagligt samarbejde, der har erfaring med selvplanlægning. Denne planlægning finder typisk sted på daglige møder, hvor teamet koordinerer dagens besøg (typisk morgen- eller formiddagsmøder, jf. afsnit 3.2.2 og afsnit 2.2.3).

Dette har været med til at give social- og sundhedspersonalet indflydelse på arbejdet og ikke mindst på tilrettelæggelsen af egen arbejdsdag. Det forbinder de med positivt udbytte for såvel dem som for borgerne. I forhold til borgerne vurderer flere interviewpersoner, at de qua deres kendskab til ruterne og til borgerne er bedre i stand til at varetage den borgerrettede planlægning end planlæggere uden udekørende funktion. Samtidig oplever de, at mere ansvar for arbejdstilrettelæggelsen understøtter kvalitet og kontinuitet i borgerkontakten, hvilket igen bidrager positivt i forhold til trivsel og arbejdsglæde. Det viser eksemplerne herunder, som både peger på udbyttet for borgerne og for medarbejdernes arbejdsmiljø:

> *I starten var der lidt usikkerhed omkring, hvad planlægning indebærer, men nu er vi rigtig glade for, at vi selv er med til at styre vores hverdag, og det har givet ro på kollegerne.* (Social- og sundhedshjælper)

> *Det fungerer godt, fordi vi selv har mulighed for at bestemme lidt i stedet for bare at få smidt en på. Folk er mere glade. Før i tiden var der mange, der ikke kunne nå det, og de havde ikke så meget tid,*

> *jeg kender ikke borgerne osv., og nu hører vi det ikke mere, fordi vi selv bestemmer, hvem vi vil have af nye borgere, vi kan se alles planer. Der er ikke så meget brok. Mine kolleger er glade for, at de selv har noget at skulle have sagt.* (Social- og sundhedshjælper)

For de medarbejdere, der har fået rutine, fremstår opgaven med den grundlæggende ruteplanlægning endvidere som en kilde til bedre kontinuitet og mere effektive ruter, fordi medarbejderne får mulighed for at kombinere kendskabet til borgerne og til geografien. Som følge heraf beretter flere interviewpersoner også om bedre samarbejde med borgere og pårørende.

Som nævnt ovenfor er der kun enkelte teams, der har fået større ansvar for ferie- og vagtplanlægning. Det fremgår i den forbindelse, at mange af interviewenes social- og sundhedsmedarbejdere i udgangspunktet ikke efterspørger disse elementer. Det skyldes typisk, at medarbejderne ikke føler sig fagligt klædt på til planlægningsopgaverne, samt at de er usikre på, om ferie- og vagtplanlægningen vil resultere i konflikter medarbejderne imellem. Interviewene finder desuden ingen eksempler på, at arbejdet med disse elementer for alvor er kommet i gang, før teamet har en fungerende hverdag, hvor der er styr på dag til dag-planlægningen mv.

De teams, der *er* kommet i gang med ferie- og vagtplanlægning, peger til gengæld på, at denne opgave er nemmere end forventet og har positiv betydning for medarbejdernes trivsel og arbejdsglæde – igen særligt for social- og sundhedspersonalet. Overdragelsen af medansvar til teamet sker enten ved, at der er etableret en tættere dialog mellem det udførende personale og planlæggeren for teamet med henblik på at sætte personalets viden mere i spil eller – som i enkelte tilfælde – at teamene selv har overtaget ansvaret for vagtplanlægningen. I disse tilfælde fremgår det, at det interviewede personale oplever kombinationen af selvplanlægning og selvstyring som en kilde til øget trivsel og faldende sygefravær i teamet.

Til interviewene er der også enkelte fagpersoner, der ikke oplever at have fået øget indflydelse på arbejdstilrettelæggelse og vagtplanlægning og aktivt efterspørger dette. Flertallet af de medarbejdere, der endnu ikke har oplevet at få øget ansvar, er til gengæld fortsat usikre på, hvorvidt de ønsker dette. Undersøgelsen indikerer således, at det tager tid, før medarbejderne er klar til at tage ansvar for de grundlæggende planlægningsopgaver, men også, at erfaringerne fra de steder, der er nået til dette, er positive.

Interviewene peger på, at væsentlige forudsætninger for at øge teamenes grad af ansvar for planlægning er, at der gives mulighed herfor i form af tid til daglige møder, samt at teamets borgergrundlag og størrelse er overskueligt for medarbejderne, således at teammedlemmerne har fælles overblik over

både kollegaer og borgere i teamet. Altså har udmøntningen af det faste team også betydning for arbejdet med selvplanlægning.

4.2.2 Løbende kompetenceopbygning og dataunderstøttelse

Øget ansvar for planlægning og elementer af selvstyring er meget nyt for de interviewede medarbejdere, og det indebærer ikke kun forandringer for de udførende medarbejdere, men også for fx planlæggerfunktionerne, som skal overdrage ansvar til teamet eller skal søge input fra teamet. Derfor stiller selvplanlægning og selvstyring krav om opbygning af kompetencer.

Det, som medarbejderne peger på virker, er organisk kompetenceudvikling i det daglige via oplæring fra eksisterende planlæggere og løbende drøftelser på teammøder. Oplæring og vedholdende støtte fra planlæggere, teamledere og i en del tilfælde projektkonsulenter fremhæves altså som væsentlige virkningsmekanismer for at lykkes på linje med behovet for at sikre et godt parløb med de eksisterende planlæggere.

Medarbejderne fortæller også, at dataunderstøttelse har betydning for planlægningsarbejdet. Der ses enkelte eksempler på kommuner, der er kommet langt nok med dataunderstøttelsen til at præsentere teams for data vedrørende eksempelvis sygefravær, kontinuitet mv. Her er nogle medarbejdere positive over at få indblik i teamets performance og udbyttet af deres indsats med planlægningen – særligt i forhold til kontinuitet, som de oplever at kunne handle på og forbedre med afsæt i data. En del har dog vanskeligt ved at forholde sig til data og den måde, de bliver præsenteret på. Flere forbinder også anvendelsen af data med en form for kontrol, de ikke bryder sig om.

Andre væsentlige forudsætninger for at lykkes med selvplanlægning er endvidere, at der gives tid og rammer til de nye opgaver. Det vil sige, at der investeres i tid til teammøder, hvor teamudviklingen foregår, og at der gives "hvid tid" på dagsprogrammerne til, at teamet kan løse de administrative opgaver. Det kræver altså en ledelse, der accepterer og støtter op om behovet for tid, der ikke er direkte borgerettet.

Der er endvidere forholdsvis stor uenighed i interviewmaterialet om, hvorvidt udførende funktioner bør få ansvar for mere administrative opgaver og elementer af selvstyring. I de tilfælde, hvor de har fået det, oplever de langt hen ad vejen, at det letter arbejdsgange og processer. Endvidere udtrykker flere social- og sundhedsmedarbejdere ønske om øget ansvar for planlægning og prioritering af teamets ressourcer. Argumentet er, at de kender borgerne og opgaverne og derfor er bedre klædt på til at lave velfungerende grundplaner, hvis altså de får den nødvendige tid til det. Imidlertid vurderer andre interviewpersoner, at administrative opgaver – som planlægning og visitation – ikke

bør være placeret hos de udførende funktioner, fordi det tager tid fra borgerkontakten og ikke betragtes som en del af "kerneopgave".

Hvor nogle fremhæver, at alle – uagtet faggruppe – kan påtage sig planlægningsopgaver, hvis de har de rette kompetencer, peger andre på, at det forudsætter et vist niveau af sygeplejefaglig viden. Der berettes eksempelvis om tilfælde, hvor ruteplanlægningen ikke har understøttet kvalitet, fx fordi besøg er blevet planlagt for tæt på hinanden i forhold til medicingivning samt mad og drikke. Omvendt iagttager interviewpersoner også en udfordring relateret til, når det kun er de højest uddannede, der planlægger og dermed bruger "mere tid på kontoret end ude ved borgerne".

4.2.3 Decentral mulighed for at justere i borgerens ydelser og selvvisitation

Det tredje aspekt af selvstyring vedrører selvvisitation. Interviewene finder, at det kun er få kommuner, der er nået til at arbejde med, at teamet kan få mere ansvar for den løbende visitation af ydelser til borgerne i et omfang, hvor medarbejderne har erfaringer med dette. De steder, hvor man ér kommet i gang med dette, forbinder de interviewede medarbejdere det til gengæld med mindre bureaukratiske arbejdsgange og således også mere effektive processer omkring tildeling og justering af hjælp til borgerne.

Det er dels sket ved, at de udekørende teams – typisk via planlæggerfunktionerne – får kompetence til at justere i borgeres ydelser inden for bevillingen (i regi af servicelovens § 83), fx ved at kunne øge eller mindske tiden til et besøg eller ved at sætte flere besøg på i en periode, hvor det vurderes, om der er tale om en vedvarende ændring i behovet for hjælp. Erfaringerne er, at det understøtter den ønskede fleksibilitet i at kunne justere hjælpen efter borgernes aktuelle behov (se også afsnit 2.1.2). Typisk er det kombineret med ugentlige møder med visitator, hvor man kan drøfte borgere og lave opfølgning på ydelserne (se også afsnit 3.2.5).

Som illustreret i citatet nedenfor, er det en opgave, der tager tid at lære, men som fremstår positivt for dem, der har nået at indhente erfaringer med den nye praksis:

> *Det har været et ømtåleligt område i forhold til, om planlæggerne skal til at være myndighedspersoner. Derfor er skelnen mellem eksisterende indsatser og nye indsatser vigtig. Det er en stor lettelse for visitationen, at de små justeringer klares af team og planlægger. Både op og ned. Der er virkelig øjne på oppe fra, om det er en god idé. Det syntes jeg, det er. Vi er store tilhængere af det.* (Visitator)

Der er også eksempler på, at sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter har fået større frihed i forhold til at vurdere borgernes ydelser. Således er rehabiliteringsterapeuter i enkelte puljekommer kompetenceudviklet til selv at kunne visitere til og træffe afgørelse om igangsættelse og afslutning af rehabiliteringsforløb (efter servicelovens § 83 a). Det fremgår som et positivt element, der bidrager til at nedbryde bureaukratiske og ineffektive arbejdsgange.

Nogle kommuner har tilsvarende arbejdet med selvvisitation for sygeplejerskerne i regi af sundhedslovens § 138. Det fremgår, at dette tager tid, men når det fungerer, oplever sygeplejerskerne, at deres arbejdsgange er lettere og simplere, idet de varetager alle opgaver i forløbet fra den sygeplejefaglige udredning til planlægning af besøgslisten. Det illustrerer eksemplet herunder:

> *Det er en fordel at være selvvisiterende som sygeplejerske, fordi vi sparer leddet med visitation og planlægger, når vi selv klarer det. Tror ikke, der er stor forskel på det, der bliver besluttet. Også at dokumentation og handlingsanvisning kan laves med det samme. Det tager lidt tid fra mig, men samlet er det mere effektivt og skarpt. Godt, at den der skal komme i hjemmet, også er den, der udreder og lægger planen.* (Sygeplejerske)

4.2.4 Manglende forventningsafstemning og begrebsafklaring i relation til selvstyring

Ifølge de interviewede medarbejdere er der særligt to forhold, som har gjort det svært at høste det fulde potentiale for så vidt angår det selvstyrende element ved teamorganiseringen: Manglende forventningsafstemning og forskellige opfattelser af, hvad selvstyring indebærer, som heller ikke er blevet afstemt indledningsvist. Det betyder, at der på den ene side er en mindre andel af medarbejdere, som har haft positive forventninger ved udsigten til mere ansvar, men som er blevet skuffet over måden, projekterne er forløbet:

> *Vi har ikke ændret ret meget i hverdagen, i forhold til hvor stort det med det selvstyrende blev slået op til at starte med. Der er ikke meget selvstyring. Og vi har nok meget forskellige opfattelse af, hvad det vil sige at være selvstyrende.* (Social- og sundhedshjælper)

> *Vi har ikke mærket noget, desværre. Vi havde forventet mere indflydelse på kørelister og planlægning. Og mere frihed ude hos borgerne – til at tilrettelægge besøget, som vi synes, det skal være.* (Social- og sundhedshjælper)

På den anden side har mange medarbejdere været usikre og tilbageholdende ved udsigten til mere ansvar, fordi det ikke har været tydeligt for dem, hvad der lå i det, og hvad konsekvenserne ville blive for deres hverdag. Flertallet af interviewdeltagerne efterspørger således ikke ansvar, der ligger ud over den daglige ruteplanlægning.

Der ses altså stor variation i medarbejdernes perspektiver på øget ansvar såvel inden for som på tværs af kommuner, og det varierer for, hvilke opgaver og i hvilken grad medarbejderne trives med at tage ansvar.

Der er også medarbejdere fra nogle af de kommuner, der har fået puljemidler to gange, der har oplevet udviklingen fra pilotteam (før denne evalueringspulje) til drift og udrulning (finansieret af denne evalueringspulje) som væsentlige tilbageskridt i forhold til den hverdag, de havde været med til at udvikle under pilotafprøvningen i den første projektperiode:

> *Vi ville gerne arbejde mere Buurtzorg-nært, men vores rammer og ledelse gør, at det ikke er muligt. Vi mangler også udviklingstid. Når vi gør noget, ender det ofte med, at det er tid, der tages fra plejen. Vi vil gerne have ansvaret for planlægning tilbage. Det fungerede rigtigt godt. Nu er vi også nødt til at trække på en central koordinator – fordi vi ikke selv har tid til det.* (Sygeplejerske)

> *Det gik godt [med tværfagligt samarbejde og planlægning] i starten – og så blev vi sat lidt på stand by, da udrulningen gik i gang i de nye teams. Det har været ærgerligt. Det er også ærgerligt, at vi løbende og stadig har store udfordringer med kontinuiteten på grund af sygemeldinger og vakante stillinger i hjælpergruppen.* (Social- og sundhedsassistent)

Oplevelsen er altså, at manglende tid og uhensigtsmæssige rammer (jf. også ovenfor) står i vejen for det, som medarbejderne gerne vil.

4.3 Opsamling

Både spørgeskemadataene og de kvalitative interviewdata indikerer, at selvstyring – og dermed overdragelsen af ansvar i forhold til planlægning, ressourceanvendelse mv. – er det element ved teamorganiseringen, som i laveste grad er blevet udforsket i forbindelse med puljekommunernes projekter. Hvor en del har oplevet at få mere frihed i relation til daglig arbejdstilrettelæggelse og udførelsen af selve det borgerrettede arbejde, er det relativt få, der for alvor oplever et øget ansvar for elementer som ferie- og vagtplanlægning.

De steder, hvor teamene har fået et øget ansvar og erfaring med planlægning, har de interviewede medarbejdere primært oplevet mere effektive planlægnings- og koordinationsprocesser, til øget kontinuitet og kvalitet i borgerkontakten samt til trivsel og arbejdsglæde. Erfaringerne blandt de fagpersoner, der har erfaringer med ferie- og vagtplanlægning, er mere positive, end de havde forventet. Dette indikerer, at der – i takt med at teams bliver klar til det – også er gevinster at hente via en højere grad af selvstyring af teamenes arbejde.

Der er kun enkelte kommuner, som er nået til at præsentere teams for data, fx på kontinuitet. De interviewpersoner, der har erfaringer med dette, har delte oplevelser. På den ene side er der positive oplevelser med at kunne anvende det til at optimere ruteplanerne. På den anden side er der også en del, som ikke oplever de nuværende tilgange til dataunderstøttelse som et positivt element. Det forklares fx ud fra en oplevelse af, at der er tale om kontrol, at det er svært at forstå data og ikke mindst svært at se, hvordan teamet kan ændre på fx kontinuiteten i en situation, hvor der fortsat er ubesatte stillinger og et stort forbrug af eksterne vikarer. Arbejdet med dataunderstøttelse fremstår på den baggrund som et langsigtet opmærksomhedspunkt, der stadig er på et tidligt udviklingsstadie.

De fleste kommuner har allerede i udgangspunktet selvvisitation for hjemmesygeplejen og rehabiliteringsterapeuter, men der ses enkelte eksempler på, at dette er givet som ny mulighed som del af arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams. I de pågældende kommuner forbinder de relevante medarbejdere positivt dette med mere effektive arbejdsgange og processer.

Når der opleves begrænset udbytte eller udfordringer i forbindelse med en øget ansvarsoverdragelse til teamet, så knytter udfordringerne sig primært til manglende forventningsafstemning om, hvad selvstyring indebærer, manglende tid til de opgaver, teamet skal tage ansvar for, samt uensartede ønsker til og perspektiver på muligheden for mere ansvar for administrative opgaver. Det fremstår også som et vigtigt opmærksomhedspunkt, at der (særligt i relation til den aktuelle rekrutteringssituation) i mere eller mindre selvstyrende teams fortsat skal være plads til de medarbejdere.

Interviewene afdækker eksempler på, at de interviewede medarbejdere – primært social- og sundhedspersonalet – er positive over for at få mere ansvar for planlægningsopgaverne, og at de over tid udvikler kompetencerne til at varetage dette ansvar. Nogle interviewpersoner er også blevet skuffede, fordi de ikke oplever at have fået det ansvar, der var lagt op til med projektet. Flertallet af interviewdeltagere i analysen er til gengæld forbeholdne og usikre på, om de ønsker et øget ansvar. Det forklares typisk med bekymring for potentielle konflikter kollegerne imellem, oplevelse af at mangle kompetencer, og at der er tale om en ledelsesopgave. Overdragelse af ansvar, der rækker ud over

dag til dag-planlægningen fremstår således som en langsigtet udviklingsopgave, hvor der ses stor forskel i perspektiverne fra de medarbejdere, der hhv. har erfaring (generelt positive) vs. de medarbejdere, der endnu ikke har dette (generelt skeptiske).

5 Medarbejdertrivsel og arbejdsglæde

Dette kapitel belyser medarbejdernes perspektiver på, hvorvidt og hvordan etableringen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams har medvirket til øget trivsel og arbejdsglæde i hverdagen. I forbindelse hermed belyser kapitlet også, hvorvidt det er lykkedes at mindske behovet for at anvende eksterne vikarer.

5.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

5.1.1 En attraktiv ældrepleje med faste medarbejdere

Rekrutteringsvanskeligheder, sygefravær, hyppig medarbejderudskiftning og et i mange kommuner stort forbrug af eksterne vikarer fremstår som en generel udfordring for den kommunale ældrepleje (Beskæftigelsesministeriet et al., 2023; Topholm et al., 2023). Dette udfordrer også muligheden for at realisere de faglige målsætninger for arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams, idet den hyppige udskiftning og anvendelse af eksterne vikarer gør det svært at skabe kontinuitet i det borgerrettede arbejde og forstyrrer de faste medarbejderes samarbejdsrelationer.

En ofte fremført bekymring i forbindelse med etableringen af faste, tværfaglige og selvstyrende teams er, at en sådan teamorganisering kan føre til en øget sårbarhed i tilfælde af huller i vagtplanen, der øges ved sygemeldinger, særligt hvis teamene er små (se afsnit 2.2.2). Det handler om, at der er færre medarbejdere at fordele opgaverne ud på, og at belastningen for disse medarbejdere dermed øges uhensigtsmæssigt meget. Tabel 5.1 belyser derfor, i hvilket omfang fagpersonalet rent faktisk har oplevet en øget sårbarhed over for sygemeldinger og lignende ved at spørge til, i hvilken grad fagpersonerne oplever, at teamorganiseringen har påvirket, hvor ofte det er nødvendigt at trække på eksterne vikarer eller overarbejde.

Svarfordelingerne i Tabel 5.1 indikerer, at man mange steder har gjort en indsats for at dække ind for hinanden (tage ekstravagter eller arbejde over) i tilfælde af huller i vagtplanen i stedet for at trække på eksterne vikarer. Der er således kun 20 % af svarpersonerne, der oplever et hyppigere behov for eksterne vikarer, mens over dobbelt så mange (46 %) oplever, at der sjældnere er behov for eksterne vikarer. Når det kommer til at dække ind for hinanden, er der 37 %, der oplever et hyppigere behov for at tage ekstra vagter eller arbejde over for at få vagtplanen til at gå op, mens 27 % oplever et sjældnere behov herfor. Det er væsentligt at bemærke, at behovet for at dække ind for hinanden kan være

drænende og kan gå ud over medarbejdernes trivsel, hvis det sker for ofte. Fokusset på om muligt at dække ind for hinanden i stedet for at trække på eksterne vikarer er dog positivt i forhold til at skabe kontinuitet, både i det borgerrettede arbejde og i fagpersonernes interne samarbejdsrelationer.

Tabel 5.1 Oplevede konsekvenser for behov for eksterne vikarer og ekstraarbejde med henblik på at få vagtplaner til at gå op, procent

	Behov for eksterne vikarer	Behov for ekstra arbejde
Sker meget sjældnere	22	9
Sker sjældnere	24	18
Hverken eller	34	36
Sker oftere	12	28
Sker meget oftere	8	9

Anm.: Tabellens spørgsmål indgik i et batteri med følgende introduktionstekst: "Oplever du, at organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams har påvirket, hvor ofte det er nødvendigt …", hvorefter det ene spørgsmål (behov for eksterne vikarer) var formuleret som: "… at anvende eksterne vikarer til at lukke huller i vagtplanen (fx ved sygemeldinger og lignende)?", mens det andet (behov for ekstra arbejde) var formuleret som "… at tage ekstra vagter eller arbejde over for at få vagtplanen til at gå op (fx ved sygemeldinger og lignende)?". 'Ved ikke'-svar er kodet som missing.

Svarfordelingen vedr. behov for eksterne vikarer er baseret på 461 svar. Svarfordelingen vedr. behov for ekstra arbejde er baseret på 477 svar.

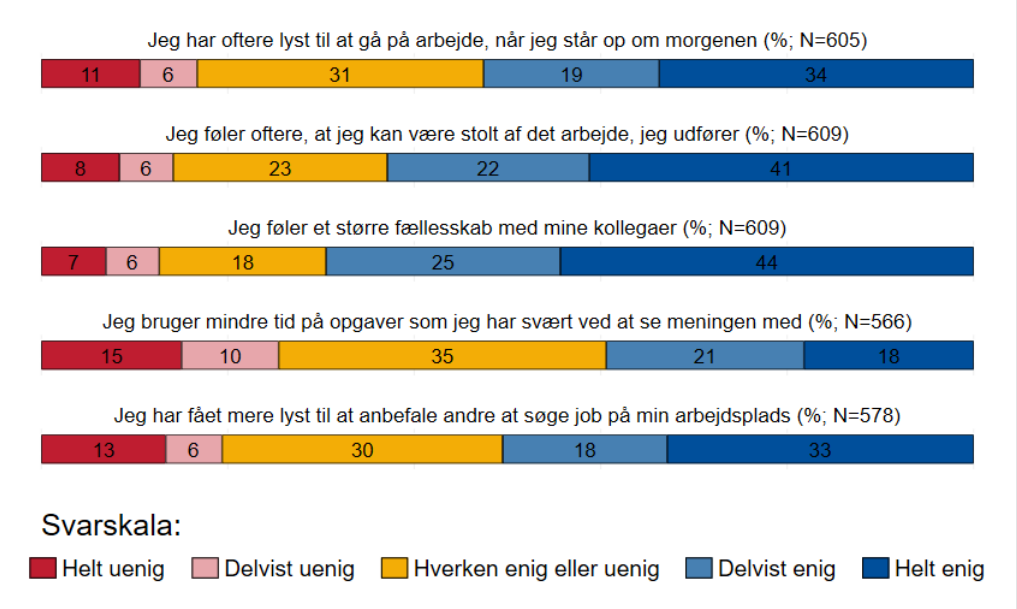
Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

5.1.2 Faste, tværfaglige og selvstyrende teams betydning for oplevet trivsel og arbejdsglæde

Spørgeskemaet indeholdt også en række spørgsmål til mere direkte belysning af de oplevede konsekvenser af arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams for medarbejdernes trivsel og arbejdsglæde i hverdagen. Svarfordelingerne på disse spørgsmål er afrapporteret i Figur 5.1.

Figur 5.1 viser, at der blandt spørgeskemaundersøgelsens svarpersoner generelt i høj grad er en oplevelse af, at organiseringen i teams har været til gavn for trivslen og arbejdsglæden i hverdagen. 53 % oplever således oftere, at de har lyst til at gå på arbejde, når de står op om morgenen (17 % er uenige), 63 % føler oftere, at de kan være stolte af det arbejde, de udfører (14 % er uenige), og 69 % oplever, at de har fået et større fællesskab med deres kollegaer (13 % er uenige). Endelig oplever 39 %, at de som følge af teamorganiseringen bruger mindre tid på opgaver, som de har svært ved at se meningen med (25 % er uenige), og 51 % oplever, at de har fået mere lyst til at anbefale deres arbejdsplads til andre (19% er uenige).

Figur 5.1 Oplevede konsekvenser for trivsel og arbejdsglæde



Anm.: Figurens udsagn indgik i et Likert-batteri med følgende introduktionstekst: "I hvor høj grad oplever du, at organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams har haft følgende konsekvenser for dig?". 'Ved ikke'-svar er kodet som missing.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Tabel 5.2 viser de forskellige faggruppers gennemsnitssvar på tværs af udsagnene vedr. trivsel og arbejdsglæde. Det ses, at social- og sundhedspersonalet igen er den faggruppe, der giver de mest positive svar, mens der ikke er signifikante forskelle mellem sygeplejerskerne og gruppen af terapeuter og visitatorer. Igen er det altså de store faggrupper, der har deres hverdag tæt på borgerne, der i højeste grad oplever at have gavn af arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

Tabel 5.2 Subgruppegennemsnit: Trivsel og arbejdsglæde

Gruppe	
Social- og sundhedspersonale (N = 387)	3,72 (1,13)
- Social- og sundhedsassistenter (N = 133)	3,68 (1,04)
- Social- og sundhedshjælpere (N = 227)	3,71 (1,05)

Gruppe	
- Ufaglærte, herunder elever (N = 27)	3,99 (1,01)
Sygeplejersker (N = 98)	3,18 (1,16)
Terapeuter og visitatorer (N=53)	3,18 (1,15)
- Terapeuter (N = 31)	3,05 (1,28)
- Visitatorer (N = 22)	3,35 (0,91)
Alle (N = 538)	3,57 (1,10)

Anm.: Tabellen viser de forskellige faggruppers gennemsnitssvar på udsagnene i Figur 5.1 (standardafvigelser i parentes). De fem udsagn er samlet i en indikator fra 1-5 (Cronbach's alpha = 0,91). En værdi på 1 svarer til 'helt uenig', og en værdi på 5 svarer til 'helt enig'.

Bivariate OLS-regressioner (ej rapporteret) viser, at social- og sundhedspersonalet er signifikant mere positive i deres besvarelser end både sygeplejerskerne ($p < 0,001$) og terapeuterne og visitatorerne ($p < 0,01$), mens sygeplejerskerne ikke adskiller sig signifikant fra terapeuterne og visitatorerne ($p > 0,05$). De forskellige grupper af social- og sundhedspersonale (SSA, SSH og ufaglærte) er ikke signifikant forskellige fra hinanden ($p > 0,05$), og terapeuterne er ikke signifikant forskellige fra visitatorerne ($p > 0,05$).

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Det skal nævnes, at der – som det også var tilfældet ved analyserne i Kapitel 2-4 – er en del variation på kommuneniveau. På en skala fra 1-5 varierer gennemsnitsbesvarelserne på Figur 5.1's udsagn således fra 2,52 i kommunen med det laveste gennemsnit til 4,45 i kommunen med det højeste gennemsnit.[7]

5.2 Resultater fra interview

Interviewdeltagernes generelle oplevelse er på linje med spørgeskemaet, idet arbejdet med at udvikle en organisering med faste, tværfaglige og selvstyrende teams opleves at understøtte trivslen og arbejdsglæden blandt flertallet af de interviewede medarbejdere. Kilderne til dette handler om øget kvalitet og sammenhæng, kollegialt fællesskab og rutiner, der understøtter en mere forudsigelig hverdag som udfoldet nedenfor.

[7] 2 kommuner har gennemsnit på 2-3, 16 kommuner har gennemsnit på 3-4, og 7 kommuner har gennemsnit på 4-5.

5.2.1 Øget kvalitet og sammenhæng

Mange interviewpersoner oplever i højere grad at kunne være tilfredse med kvaliteten og sammenhængen i den indsats, de er med til at levere til borgerne, og de oplever det således som *mere fagligt tilfredsstillende* at gå på arbejde. Særligt social- og sundhedspersonalet oplever oftere at kunne lykkes med borgerne, hvilket bl.a. tilskrives den øgede kontinuitet i indsatsen samt det faste hold af tætte kolleger – både inden for gruppen af social- og sundhedspersonale og til de øvrige faggrupper – der også kender borgerne, og som de kan sparre med på daglig basis.

Oplevelsen af øget sammenhæng og kvalitet er samtidig tæt relateret til, hvorvidt der i praksis er tætte og faste tværfaglige samarbejdspartnere (jf. gennemgangene i Kapitel 3). Når dette er tilfældet, fremstår det som en væsentlig kilde til øget trivsel og arbejdsglæde på tværs af faggrupper.

Med ovenstående afsæt er der også mange sygeplejersker, der fremhæver, at det tættere samarbejde har positiv betydning for deres trivsel og arbejdsglæde. Det bunder bl.a. i en oplevelse af at kunne være mere på forkant med opgaverne samt muligheden for at være opdateret på de enkelte borgere:

> *Som sygeplejerske har vi fået et meget mere naturligt flow af opgaver med plejen. Det er et stærkere tværfagligt samarbejde. Det giver bedre kontinuitet, og vi kan meget bedre følge med i forløbene for borgeren.* (Sygeplejerske)

Omvendt er der også eksempler på sygeplejersker, som forbinder udviklingsarbejdet med lavere trivsel og arbejdsglæde (jf. også afsnit 3.2.6).

5.2.2 Kollegialt fællesskab og ansvarsfølelse

Interviewmaterialet viser en generel tendens til, at der i de nye teams – særligt når der er sat tid af til opstart og udvikling – er mulighed for (over tid) at udvikle en stærk fællesskabsfølelse og ansvarstagen over for hinanden, hvilket har positiv betydning for trivsel og arbejdsglæde.

I de kommuner, der fortsat har en monofaglig organisering, er dette element særligt knyttet til social- og sundhedspersonalet. I de kommuner, der er lykkedes med at integrere syge- og hjemmeplejen, er det både sygeplejerskerne og social- og sundhedspersonalet, der lægger vægt på dette element.

Flere bemærker, at det at indgå i et team med ansvar over for kollegerne og borgerne har haft positiv indvirkning på sygefraværet. Dels fordi man trives

bedre, fordi man kan være åben om fx at kunne hjælpe en halv vagt frem for en hel, og fordi opmærksomheden på, hvad en sygemelding betyder for kollegerne, er øget.

Som illustreret nedenfor fremstår trygge relationer, løbende dialog og ansvar også som kilde til, at man er bedre til at hjælpe og tage hensyn til hinanden:

> *Vi er et par stykker på borgeren – det giver en følelse af fælles ansvar, og vi kan byde ind med meget mere. Før kørte man meget bare ud, udførte sit arbejde, og så så man de andre til frokost. Nu er der mere dialog med hinanden.* (Sygehjælper)

Dette aspekt går samtidig hånd i hånd med bedre gennemsigtighed i forhold til borgertyngden på de enkelte ruter og muligheden for at dække ind for hinanden i fx psykisk udfordrende borgerforløb.

5.2.3 Faste rutiner og forudsigelig hverdag

For mange interviewpersoner er det positivt, at hverdagen har fået en mere fast struktur. Det tillægges stor værdi, når man i højere grad ved, hvem der er på arbejde, hvem der kører hvilke ruter, og hvornår på dagen der er mulighed for at vende observationer og spørgsmål. En hverdag, der er understøttet af stabile og effektive morgen- og frokostmøder samt tværfaglige borgerkonferencer, fremstår også i denne sammenhæng som kilde til øget arbejdsglæde og tilfredshed.

Interviewene giver ikke et klart billede af, hvilken betydning arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams har haft for a) anvendelsen af eksterne vikarer og b) behovet for at tage ekstravagter. Det fremgår, at begge dele stadig forekommer, samt at de eksterne vikarer mange steder ses som en nødvendighed for at få hverdagen til at hænge sammen. Brugen af eksterne vikarer er samtidig forbundet med frustration, fordi de modvirker intentionen med det faste team og presser de faste medarbejdere (se også afsnit 5.1.1). Det gælder fx, når de komplekse og udfordrende borgere tages af vikarlisten, eller når vikarerne får behov for hjælp i løbet af dagen.

Oplevelsen af sjældnere at skulle dække besøg på tværs af geografiske områder (ofte omtalt som ”stjernekørsel”) fremstår generelt som en positiv kilde til stabilitet og forudsigelighed i hverdagen. Det fremgår dog samtidig, at det faste team for nogle indebærer et dilemma, hvor det er vigtigt, at teamene ikke lukker sig for meget om sig selv, hvormed evnen til at hjælpe hinanden og sikre samlet robusthed udfordres. Tilsvarende er der flere, der lægger vægt på kompetente, faste interne vikarer (ofte omtalt som ”stjernevagter” eller ”springere”) som en vigtig kilde til stabilitet og trivsel, idet de kan være med til

at mindske sårbarheden over for sygefravær og lignende, uden at det kræver anvendelse af eksterne vikarer.

5.3 Opsamling

Når de faste, tværfaglige og selvstyrende teams er etableret og konsolideret[8], fremstår det faste element som en meget positiv forandring for medarbejdernes arbejdsliv og arbejdsmiljø. Dette gælder særligt for social- og sundhedspersonalet og kan i høj grad relateres til oplevelsen af at være del af et fast og trygt kollegialt fællesskab.

Det faste og stabile faglige fællesskab fremstår for det første som en kilde til øget faglig kvalitet og mulighed for at lykkes med fx rehabilitering i det borgerrettede arbejde. For det andet fremstår det faste team som kilde til øget gennemskuelighed og ansvarsfølelse i forhold til at fordele opgaver og hjælpe hinanden i teamet.

Særligt brugen af eksterne vikarer fremstår som en væsentlig udfordring for trivsel og arbejdsglæde, såvel som for målsætningerne for arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Spørgeskemaet viser imidlertid, at arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams kun sjældent opleves at øge behovet for eksterne vikarer, idet sygefravær og lignende oftere håndteres ved at medarbejderne dækker ind for hinanden.

Dette er positivt i relation til ønsket om at øge kontinuiteten og arbejdsglæden, men det er vigtigt at være opmærksom på, at behovet for fleksibilitet og ekstravagter fra de faste medarbejdere ikke får et omfang, hvor det påvirker folks trivsel og arbejdsglæde negativt. Robusthed på tværs af teams og muligheden for at have faste interne vikarer fremhæves i den forbindelse som vigtige elementer af en del interviewpersoner.

[8] Det indebærer bl.a., at der er en mindre fast gruppe af medarbejdere, der kender hinanden og borgerne på tværs af fagligheder, at der er etableret faste og tværfaglige mødestrukturer, der binder dagligdag og samarbejde sammen, samt at der er styr på lokaler og planlægning.

6 Er der systematiske forskelle på tværs af kommuner?

Evalueringen har ved hjælp af kvalitative interviews og skriftligt materiale afdækket fire faktorer, hvor kommunernes kontekst og tilgang til arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams har adskilt sig. Dette kapitel undersøger med afsæt i spørgeskemaet, i hvilket omfang der er systematiske sammenhænge mellem disse fire faktorer og fagpersonalets oplevede resultater. Endvidere anvendes indsigter fra interviews til at fortolke og perspektivere analysens resultater.

Det er i forbindelse med kapitlets analyser vigtigt at have for øje at:

- Resultaterne af arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams generelt set opleves at være positive på tværs af de undersøgte temaer (jf. analyserne i Kapitel 2-5). Når der i regressionsanalyserne findes signifikante forskelle afhængigt af kommunefaktorer, er der således typisk tale om, at nogle grupper af kommuners fagpersoner har oplevet moderat positive resultater, mens andre har oplevet meget positive resultater.

- Der er en række forhold, som ikke indgår i regressionsanalyserne (fx forhold vedrørende den lokale ledelse og det organisatoriske udgangspunkt for arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams), som også påvirker de oplevede resultater.

- Regressionsanalyserne kan ikke i sig selv anvendes til at vurdere årsagssammenhænge, idet det ikke er tilfældigt, hvordan kommunerne fordeler sig i forhold til de analyserede kommunefaktorer.[9]

Med disse forbehold in mente giver kapitlets analyser indikationer på, om der er kontekster og projekttilgange, der virker fremmende for medarbejdernes oplevelse af resultater af en organisering baseret på faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Det er samtidig vigtigt at anvende resultaterne i sammenhæng med evalueringens interviews med fagpersoner og ledere samt øvrig viden på området. Denne triangulering af viden giver mulighed for at vurdere de bagvedliggende årsager samt opstille opmærksomhedspunkter, der kan kvalificere det videre arbejde med faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

[9] En mere detaljeret gennemgang af de anvendte metoder og forbehold fremgår af Bilag 1.

6.1 Fire faktorer, der adskiller kommunerne

De fire faktorer, der adskiller kommunernes forudsætninger og tilgange til arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams er skitseret nedenfor med afsæt i (Buch & Topholm, 2023):

1. **Tidligere erfaring med organisering i faste, tværfaglige og selvstyrende teams:**
   Kommunerne har haft forskellige udgangspunkter for deres puljefinansierede arbejde. I 18 af kommunerne havde man ikke før puljeforsøgene gjort sig erfaringer med teamorganisering, mens de resterende 7 kommuner, allerede forud for puljen blev meldt ud, havde påbegyndt et arbejde med organisering i faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Ved disse "andengenerationsprojekter" har man altså haft et større erfaringsgrundlag at trække på end i kommunerne, der for første gang skulle arbejde med en teamorganisering.
2. **Udforskende vs. inkrementel tilgang til teamorganisering:**
   18 af kommunerne har anlagt en *inkrementel* eller trinvis tilgang til teamorganiseringen. Man har her haft fokus på at arbejde med justeringer, der kan rummes inden for de eksisterende ledelses- og organiseringsstrukturer. I de resterende 7 kommuner har man brugt puljen som anledning til et mere *udforskende* og radikalt forandringsarbejde (Ibid.). De udforskende projekter har typisk været mere geografisk og/eller organisatorisk afgrænsede, idet ambitionen har været at teste nye løsninger i et afgrænset set-up.
3. **Graden af tværfaglig integration i teamorganiseringen:**
   Mens alle puljekommunerne har forsøgt at skabe et mere fast samarbejde på tværs af sygeplejerskerne og social- og sundhedspersonalet, er der forskel på graden af tværfaglig integration af sygeplejersker i teamene. 16 kommuner har fastholdt en *monofaglig* organisering af sygeplejen, mens de resterende 9 kommuner er gået skridtet videre og har arbejdet mod en *fuldt integreret* organisering.[10]
4. **Teamstørrelse**:
   De fleste kommuner har valgt at have relativt mange medarbejdere i hvert team, men der er også kommuner, hvor teamene består af færre medarbejdere. Fravalget af små teams har typisk været begrundet med hensynet til robusthed i forhold til sygefravær og lignende, mens valget af mindre teams typisk har været begrundet med hensynet til at opnå fælles viden om borgerne samt et ønske om kon-

[10] Det er afdækket i interview, at nogle kommuner undervejs i projektet har set sig nødsaget til at gå bort fra intentionen om fuld tværfaglig integration. Dette er typisk sket ud fra en vurdering af, at udfordringer – i form af usikkerhed, mistrivsel og konflikter i relation til sygeplejen – har blokeret for den planlagte udvikling.

tinuitet i det borgerrettede arbejde. Der var i efteråret 2023 7 kommuner, hvor det største team består af 13 eller færre medarbejdere, og som udgør gruppen med mindre teams. Heroverfor var der 14 kommuner, hvor det mindste team består af 14 eller flere medarbejdere, og som udgør gruppen med store teams.[11]

6.2 Resultater

Bilagstabel 2.1 viser, hvordan hver af de 25 puljekommuner er kodet i forhold til de fire ovenstående kommunefaktorer, mens Bilagstabel 2.2 til Bilagstabel 2.9 viser resultaterne af de gennemførte regressionsanalyser i forhold til:

- hvor let eller svært det er at arbejde helhedsorienteret med borgerne (Bilagstabel 2.2)
- kontinuitet i mødet med borgerne (Bilagstabel 2.3)
- fleksibilitet og inddragelse i det borgerrettede arbejde (Bilagstabel 2.4)
- ansvarsfølelse i forhold til teamets planlægning, ressourceanvendelse og rekruttering (Bilagstabel 2.5)
- faglig frihed i det borgerrettede arbejde (Bilagstabel 2.6)
- behov for eksterne vikarer (Bilagstabel 2.7) og ekstraarbejde med henblik på at få vagtplaner til at gå op (Bilagstabel 2.8)
- trivsel og arbejdsglæde i hverdagen (Bilagstabel 2.9).[12]

De overordnede resultater af regressionsanalyserne er opsummeret i Tabel 6.1, hvor rød indikerer, at en given faktor er forbundet med signifikant mere negative svar, grøn indikerer, at en given faktor er forbundet med signifikant mere positive svar, og grå indikerer, at der ikke er statistisk signifikant sammenhæng mellem en given faktor og svarene fra fagpersonerne i undersøgelsen.

[11] Operationaliseringen med max 13 vs. mindst 14 medarbejdere pr. team er valgt ud fra et hensyn om at minimere mængden af missing data. Med den valgte operationalisering er der fire kommuner, der ikke har ladet sig kategorisere som havende enten mindre eller større teams, idet de både havde teams bestående af 13 eller færre medarbejdere *og* teams bestående af 14 eller flere medarbejdere. En alternativ operationalisering med max 12 vs. mindst 13 medarbejdere er ligeledes blevet afprøvet, og resultaterne afveg ikke substantielt fra resultaterne med den operationalisering, der er anvendt i rapporten (sammenhænge, der var signifikante med den rapporterede operationalisering, var det også med den alternative operationalisering).

[12] Robusthedstests (ej rapporteret) viser, at resultaterne i Bilagstabel 2.2 til Bilagstabel 2.9 ikke ændres substantielt ved kontrol for respondenternes faggruppetilhørsforhold.

Tabel 6.1 Overblik over resultater af regressionsanalyser

		Afhængige variable							
		Helheds-orienteret	Kontinuitet i forhold til borgere	Fleksibilitet & inddragelse	Ansvars-følelse	Faglig frihed	Behov for eksterne vika-rer	Behov for ekstraarbejde	Trivsel & arbejdsglæde
Uafhængige variable	Andengenerationsprojekt	Negativ	Insignifikant	Negativ	Insignifikant	Negativ	Øget	Øget	Insignifikant
	Udforskende tilgang	Positiv	Positiv	Positiv	Positiv	Positiv	Øget	Insignifikant	Positiv
	Fuldt integreret	Insignifikant	Insignifikant	Insignifikant	Insignifikant	Insignifikant	Øget	Insignifikant	Insignifikant
	Lille team (max 13)	Positiv	Positiv	Positiv	Positiv	Positiv	Insignifikant	Insignifikant	Positiv

Anm.: Tabellen opsummerer resultaterne af bivariate regressionsanalyser i Bilagstabel 2.2 - Bilagstabel 2.9. Røde (grønne) celler betyder, at de givne uafhængige variable er forbundet med signifikant mere negative (positive) svar blandt fagpersonalet ($p < 0,05$), mens grå celler betyder, at der ikke er signifikante sammenhænge mellem de uafhængige variable og fagpersonalets svar ($p > 0,05$).

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Resultaterne er interessante, idet de indikerer, at det spiller en rolle, hvordan kommunerne konkret går til arbejdet med de faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Resten af kapitlet går med dette afsæt i dybden med hver af de fire kommunefaktorer, samtidig med at resultaterne sættes i relation til indsigter fra den kvalitative del af evalueringen.

6.2.1 Mindre positive vurderinger blandt medarbejdere i kommuner, der har fået puljemidler to gange

Som det kan ses i Tabel 6.1, er fagpersonalet fra kommuner med andengenerationsprojekter i 5 ud af de 8 tilfælde signifikant *mindre positive* i deres vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser, end de er i kommuner, der ikke før puljen havde gjort sig erfaringer med organisering i faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

Fundet af mindre positive vurderinger i kommuner med andengenerationsprojekter er umiddelbart overraskende, idet disse kommuner har haft et større erfaringsgrundlag at trække på, hvilket alt andet lige burde forventes at give bedre forudsætninger for succes.

En mulig forklaring på svarmønstrene kan være, hvis man i kommunerne med andengenerationsprojekter har oplevet et mindre rum for forbedring, idet man allerede før puljeprojekterne havde haft lejlighed til at høste nogle af de mest lavt hængende frugter ved faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

En anden forklaring, knytter sig til, at overgangen fra pilotfase til udbredelse i en større kontekst typisk har været forbundet med justeringer i de udviklede modeller for teamorganiseringen. Dette fremstår (jf. afsnit 4.2.4) som en kilde til frustration for medarbejderne, der fx oplever mindre frihed i relation til selvstyring og ændrede vilkår for at lykkes med det tværfaglige samarbejde. Tilsvarende viser lederinterviewene (Buch et al., 2024), at udrulningen involverer en bredere gruppe medarbejdere og ledere, hvoraf en del forholder sig skeptisk til reorganiseringerne. Disse forhold har i flere kommuner givet anledning til frustrationer, modstand og forandringer i mindre skala.

6.2.2 Typisk mere positive vurderinger blandt medarbejdere i kommuner med en udforskende tilgang til forandring

Tabel 6.1 viser, at en udforskende (frem for inkrementel) forandringstilgang er forbundet med signifikant mere positive vurderinger på seks af de undersøgte parametre, mens tilgangen samtidig vurderes at være forbundet med et større behov for at anvende eksterne vikarer. De primært positive resultater matcher

fint såvel begrundelserne for at anvende en udforskende tilgang, såvel som pointer fra de kvalitative interviews, idet:

- Tilgangen giver mere frihed og mulighed for at teste fagligt ansvar og realisere hurtige resultater og erfaringer inden for et afgrænset set-up.

- De enkelte fagprofessionelle i en del tilfælde har haft mulighed for at vælge til eller fra i forhold til, om de ønskede at være en del af projekterne. Teamene har derfor typisk bestået af folk, der i udgangspunktet var motiverede for at arbejde under en fast teamorganisering.

- Der i de udforskende projekter typisk har været afsat en større andel af puljemidlerne til projekt- og kompetenceudvikling.

Resultaterne tyder overordnet på, at det involverede fagpersonale har haft gavn af at kunne afprøve nogle mere radikale forandringer i måden, de arbejder og organiserer sig på.

Det er dog for tidligt at sige, om resultaterne vil være lige så positive, hvis de afprøvede forandringer rulles ud i større skala. Som det også sås i relation til andengenerationsprojekter (jf. afsnit 6.2.1), fremstår det således som et vigtigt opmærksomhedspunkt i relation til overgangen fra pilotprojekt til udbredelse i resten af organisationen, at det ofte kan være svært at udbrede de opnåede løsninger bredt. Medarbejder- og lederinterviews (Buch et al., 2024) viser således også, at nogle kommuner har valgt at ændre væsentligt i deres set-up, hvad angår selvstyring, teamstørrelse og tværfagligt samarbejde i overgangen mellem pilotprojekt og udbredelse.

Dette understreger for det første vigtigheden af at holde et langsigtet perspektiv på udviklingsarbejdet. For det andet fremstår det vigtigt at søge viden om de faldgruber, der findes i overgangen mellem pilot- og udbredelsesfaserne, herunder faldgruber i relation til opgaven med at udvikle en kultur for tværfagligt teamsamarbejde, i relation til grundlæggende værdier og i relation til de strukturelle vilkår for ældreområdet (fx styringstilgange og lovgrundlag, der udfordrer arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams).

6.2.3 Få forskelle relateret til, om kommuner har en monofaglig eller fuldt integreret organisering af sygeplejerskerne

Når det kommer til betydningen af mono- vs. tværfaglig organisering af hjemme- og sygeplejen, viser regressionsanalyserne *kun én statistisk signifikant forskel*. Som det kan ses i Tabel 6.1, oplever medarbejdere i kommuner

med en fuldt integreret organisering således oftere, at vikarbehovet er *øget* som følge af den nye organisering.

Dette resultat er umiddelbart overraskende, da en høj grad af tværfaglig integration alt andet lige burde virke understøttende i forhold til det faste og tværfaglige teamsamarbejde – hvilket også ses i en del af de kvalitative interviews.

Resultatet underbygger dog også pointerne fra evalueringens kvalitative analyser. Her fremgik bl.a., at ambitionen om en fuldt integreret organisering i mange tilfælde har været vanskelig at implementere i praksis, samt at der har været tilfælde af sygdom og opsigelser, som er relateret til ønsket om tværfaglig integration (se fx afsnit 3.2.6). Dette er også den direkte årsag til, at nogle kommuner undervejs i projektet har set sig nødsaget til at gå bort fra intentionen om en fuldt integreret organisering.

6.2.4 Mere positive vurderinger blandt medarbejdere i kommuner med mindre teams

Analyserne viser, jf. Tabel 6.1, at medarbejdere fra kommuner med teamstørrelser på max 13 er signifikant mere positive i deres vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser på 6 af de 8 undersøgte forhold. I forbindelse med de sidste to forhold – behovet for vikarer og behovet for ekstraarbejde med henblik på at lukke huller i vagtplanen – ses ingen signifikante forskelle relateret til teamstørrelse.[13]

Det er bemærkelsesværdigt, at der ikke ses signifikante sammenhænge mellem teamstørrelse og behovet for henholdsvis eksterne vikarer og ekstraarbejde med henblik på håndtering af huller i vagtplanen. Som nævnt i afsnit 6.1 og afdækket i lederinterviewene (Buch et al., 2024), begrunder kommunerne netop tilvalget af store teamstørrelser med en frygt for, at mindre teams vil føre til en øget sårbarhed i forhold til sygemeldinger og andre former for fravær, som samtidig vil udfordre muligheden for at realisere de øvrige målsætninger for arbejdet.

Resultaterne er til dels i overensstemmelse med indsigter fra de kvalitative medarbejderinterviews, hvor mange medarbejdere oplever at være i for store

[13] Supplerende analyser (ikke rapporteret) viser samme mønster, hvis mindre (større) teams i stedet operationaliseres som teamstørrelser på max 12 (mindst 13) medarbejdere. Også med denne operationalisering er fagpersonalet fra kommuner med mindre teams således signifikant mere positive i deres vurderinger vedrørende kontinuitet, fleksibilitet og inddragelse, muligheden for at arbejde helhedsorienteret, ansvarsfølelse, faglig frihed samt trivsel/arbejdsglæde. Resultaterne vedrørende behovet for eksterne vikarer og behovet for ekstraarbejde er ligeledes substantielt upåvirkede (sammenhængene med disse afhængige variable er fortsat insignifikante, når den alternative kodning af mindre vs. større teams anvendes).

teams. Medarbejdernes bedste bud ligger (jf. afsnit 2.2.2) inden for et spænd på 7-12 medarbejdere i dagligt fremmøde.

6.3 Opsamling

Kapitlets analyser indikerer, at fagpersonalets vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser i nogen grad hænger sammen med de faktorer, som VIVE med afsæt i (Buch & Topholm, 2023) har valgt at undersøge på kommuneniveau. I kombination med evalueringens kvalitative data giver dette nogle indikationer på, i hvilke kontekster og med hvilke projekttilgange de mest gavnlige resultater af faste, tværfaglige og selvstyrende teams opleves. Analyserne indikerer således, at:

- Overgangen fra pilotfase til udbredelse kan være vanskelig og forbundet med faldgruber
- En udforskende tilgang, der radikalt bryder med den eksisterende organisering i høj grad understøtter de ønskede resultater, men også, at disse kan være vanskelige at udbrede og fastholde
- Udvikling af det tværfaglige samarbejde og integration mellem syge- og hjemmeplejen tager tid og typisk vil være forbundet med udfordringer
- Mindre teams med max 13 medarbejdere alt andet lige forbindes med mere positive resultater end større teams, uden at det vurderes at være forbundet med øget behov for at tage ekstravagter og anvende eksterne vikarer.

7 Konklusion og diskussion

7.1 Hovedkonklusion

Medarbejderundersøgelsen viser, at de involverede fagpersoner med få undtagelser vurderer arbejdet med at indføre faste, tværfaglige og selvstyrende teams positivt i forhold til de målsætninger og forventninger, der har dannet grundlag for såvel puljen til faste teams som de enkelte kommuners projekter. Det fremgår samtidig, at det særligt er de udekørende medarbejdere i hjemmeplejen, der oplever de positive resultater.

Dette er væsentligt i lyset af de store udfordringer med rekruttering, fastholdelse, sygefravær mv., der findes på ældreområdet (Barriball et al., 2014; Halter et al., 2017; Topholm et al., 2023). Hvis velfærdsstaten i fremtiden skal være i stand til at levere en værdig hjælp til dem, der har brug for det, er det således afgørende at finde løsninger, hvor medarbejderne trives og har lyst til at gå på arbejde. Denne analyse tegner i den forbindelse et tydeligt billede af en organisering med faste, tværfaglige og selvstyrende teams som én mulig måde at adressere dette.

Det er væsentligt at påpege, at der bag det positive helhedsbillede gemmer sig nogle forskelle i oplevelser på tværs af både faggrupper og kommuner, som det i hver enkelt kommune er relevant at forholde sig aktivt til. Disse forskelle og de virkningsmekanismer, undersøgelsen har identificeret, uddybes i de følgende afsnit.

7.2 Delkonklusioner og opmærksomhedspunkter

Analyserne i Kapitel 2 viser, at fagpersonerne oplever, at indførelsen af mindre og mere faste teams med tilhørende mødestrukturer generelt er en kilde til øget kontinuitet og faglig stabilitet i det borgerrettede arbejde. Der er også en øget bevidsthed om vigtigheden af dette, idet faste medarbejdere, der kender borgerne og kommer tit i hjemmet, har bedre mulighed for at tilpasse hjælpen til borgerens ønsker og (ændrede) behov. Det fremgår, at teams både kan være for store (det typiske) og for små (sjældent forekommende). En teamstørrelse med 7-12 medarbejdere i dagligt fremmøde fremstår på baggrund af interview som det, der fungerer bedst i hverdagen. Rekrutteringsudfordringer, sygefravær og brugen af eksterne vikarer fremstår som en stor og vanskelig

barriere for at realisere det fulde kontinuitetspotentiale ved en organisering i faste teams.

Analyserne i Kapitel 3 viser, at fagpersonalet i puljekommunerne typisk oplever et forbedret, tværfagligt samarbejde som følge af teamorganiseringen. Flertallet vurderer, at man på tværs af faggrupper har fået bedre kendskab til og dialog med hinanden via de mødestrukturer og relationer, der er investeret i. Mange angiver også, at relationerne og det, at syge- og hjemmeplejen i højere grad deler borgergrundlag, smitter positivt af på muligheden for at give en helhedsorienteret indsats til borgerne. Graden af tværfaglig integration og behovet for at balancere dette med hensynet til monofaglig sparring og kollegialt fællesskab fremstår som et vigtigt fremadrettet opmærksomhedspunkt.

I Kapitel 4 fremgik det, at der er en udbredt oplevelse af, at arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams og de tilhørende elementer vedrørende selvplanlægning har øget medarbejdernes mulighed for at bringe deres faglighed i spil i det borgerrettede arbejde. Medarbejderne oplever til gengæld i mindre omfang at have fået et øget ansvar for vagtplanlægning og rekruttering mv. Elementer af egentlig selvstyring fremstår samtidig som det mindst udfoldede, når det kommer til arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams ifølge medarbejderne. Prioriteret tid og vedholdende støtte til at lykkes med elementer af selvstyring fremstår i den forbindelse som et meget vigtigt fremadrettet opmærksomhedspunkt. Dette indebærer også prioritering i forhold til at udvikle ledelsesrollen i retning af en mere *coachende* og støttende rolle samt et vedvarende fokus på at udvikle arbejdsdelingen mellem team, relevante ledere og koordinatorer mv.

Endelig fandt Kapitel 5, at det store flertal af deltagende fagpersoner oplever, at arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams er til gavn for deres trivsel og arbejdsglæde. Medarbejderne fortæller både om i højere grad at lykkes i det borgerrettede arbejde og om en højere grad af kollegialt sammenhold i hverdagen, hvilket er afgørende i lyset af aktuelle udfordringer med fx sygefravær, rekruttering og fastholdelse i ældreplejen. Brugen af eksterne vikarer fremstår også her som den største udfordring for at realisere det fulde potentiale af teamorganiseringen. Faglig og organisatorisk bæredygtighed i en teambaseret organisering fremstår ligeledes som et vigtigt – og mange steder delvist uafklaret – opmærksomhedspunkt.

7.3 Diskussion

Det skal understreges, at arbejdet med faste, tværfaglige og selvstyrende teams indeholder mange dimensioner, samt at elementerne er gensidigt af-

hængige i forhold til muligheden for at samlet set at fremme de ønskede resultater. De følgende afsnit diskuterer med det afsæt fem fremadrettede opmærksomhedspunkter, der fremstår på baggrund af medarbejderundersøgelsen.

7.3.1 Relationer, møder og rutiner, der binder hverdagen sammen

En virkningsmekanisme, der i det kvalitative interviewmateriale fremstår central i forhold til at opnå positive resultater med det faste, tværfaglige og selvstyrende element, er etableringen af relationer og en *velfungerende, tværfaglig mødeinfrastruktur*. Det er således afgørende, at der etableres faste og stabile relationer i og omkring teamene, samt at der skabes nogle forudsigelige anledninger til planlægning af det daglige arbejde og sparring om det borgerrettede arbejde.

Oplevelsen er, at tværfaglige møder – når de fungerer – giver fælles blik på borgerforløbene, hvilket gør det lettere for de involverede faggrupper at arbejde helhedsorienteret til gavn for både borgere og medarbejdere. Et sådant positivt udbytte forudsætter for det første, at der afsættes ressourcer til formålet (fx at møder afholdes med en vis hyppighed og med en vis tid sat af). For det andet en vedvarende og aktiv indsats for at holde møderne effektive og velstrukturerede af hensyn til det oplevede udbytte på tværs af faggrupperne (dette kan fx understøttes ved hjælp af mødeskabeloner, fokus på mødeledelse og lignende).

7.3.2 Et bæredygtigt tværfagligt samarbejde med tydelige gevinster

På faggruppeniveau ses der på tværs af kapitler en tendens til, at *især gruppen af social- og sundhedspersonale er positive i deres vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser*, mens sygeplejersker, terapeuter og visitatorer har tendens til at være mere moderat positive eller neutrale i deres vurderinger. Det er altså især de udførende funktioner, der har deres daglige gang helt tæt på borgerne, der oplever de faste, tværfaglige og selvstyrende teams som værende gavnlige i relation til egen hverdag.

Det fremstår i den forbindelse som et opmærksomhedspunkt, at teamorganiseringens fokus på tværfaglighed (særligt når ambitionsniveauet for graden af tværfaglig integration er højt) kan udfordre især *sygeplejerskernes* oplevede behov for monofagligt fællesskab. Der ses således et behov for tiltag – fx anledninger til monofaglig sparring – der kan understøtte dette i rammerne af teamorganiseringen. Blandt *terapeuter og visitatorer* findes en generel bekymring for, om faste, tværfaglige og selvstyrende teams i fuld skala – til trods for de fordele, som også disse faggrupper ser ved teamorganisering – vil udfordre

funktionernes ressourcer og opgavevaretagelse. Gevinsterne for disse funktioner – fx i form af lettere arbejdsgange og mindre tid på skriftlig kommunikation – fremstår typisk uklare, og der vurderes derfor at være behov for at tilføre flere ressourcer, hvis de nuværende kadencer for tværfaglige møder fastholdes og udbredes.

7.3.3 Overgangen fra udvikling til udbredelse

På kommuneniveau er forskellene i oplevede resultater endnu større end på faggruppeniveau, idet der både er kommuner, hvor fagpersonalet er endog *meget* positive i deres vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser, mens vurderingerne i andre kommuner er decideret negative. Det er derfor vigtigt, at de enkelte kommuner forholder sig til, hvordan det ser ud i den specifikke kontekst og arbejder med afsæt i denne.

Undersøgelsens regressionsanalyser viser en tendens til mindre positive vurderinger i kommuner med andengenerationsprojekter, sammenlignet med kommuner med førstegenerationsprojekter. En mulig årsag handler om, at overgangen fra pilotfase til udbredelse i en større kontekst typisk er forbundet med justeringer i de udviklede modeller for teamorganiseringen. Dette fremstår dels som en potentiel kilde til frustration for pilotprojektets medarbejderne, der fx oplever mindre frihed i relation til selvstyring og ændrede vilkår for at lykkes med det tværfaglige samarbejde. Tilsvarende indebærer udrulningen typisk involvering af en bredere gruppe medarbejdere og ledere, hvoraf en del forholder sig skeptisk til reorganiseringerne.

Regressionsanalyserne finder også en klar tendens til mere positive vurderinger i kommuner med en udforskende tilgang, der typisk eksperimenterer i en afgrænset del af organisationen, sammenlignet med kommuner, der har anlagt en trinvis/inkrementel tilgang til forandring, der typisk involverer en stor del eller hele organisationen. Det fremgår til gengæld også af de gennemførte interviews, at resultaterne fra en beskyttet pilotfase med intensiv projektstøtte kan være vanskelige at overføre til resten af organisationen.

Disse resultater understreger tilsammen, at udvikling tager tid, og at det er vigtigt med fokus på de faldgruber, der knytter sig til overgangene fra projekt- til udbredelses- og konsolideringsfaserne i forbindelse med etableringen af en ny organisering. Der er således behov for tydelighed omkring de justeringer, der gennemføres i relation til udviklede løsninger, såvel som tålmodighed i relation til de dele af organisationen, der skal overtage disse.

7.3.4 Betydningen af tværfaglig integration

Regressionsanalyserne finder *generelt meget svage indikationer på forskelle i medarbejdernes oplevelser afhængigt af graden af tværfaglig integration*. Medarbejdere i kommuner med en fuldt integreret organisering oplever således oftere, at vikarbehovet er *øget*, mens der på de resterende 7 afhængige variable ikke findes forskelle afhængigt af graden af tværfaglig integration.

Resultatet er vigtigt, idet det illustrerer, at ambitionen om en fuldt integreret organisering i mange tilfælde har været vanskelig at implementere i praksis. Dette understreger for det første nødvendigheden af at anlægge et langsigtet perspektiv på udviklingen af det tværfaglige samarbejde i relation til faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Tid til udvikling og vedholdenhed fremstår som et vigtigt element i forhold til at kunne ændre de eksisterende vaner og kulturer samt på sigt at kunne se gevinsterne af et tættere tværfagligt samarbejde. For det andet understreger det behovet for at etablere organisering, der både kan imødekomme behovet for nært tværfagligt samarbejde og hensynet til monofaglig sparring og et fagligt fællesskab for sygeplejen.

Det skal nævnes, at de kvalitative interviews også beretter om tilfælde, hvor man succesfuldt ér lykkedes med at etablere en integreret organisering, der opleves velfungerende på tværs af faggrupper og samtidig øger fleksibiliteten i opgavevaretagelsen i tilfælde af fravær

7.3.5 Betydningen af teamstørrelse

Regressionsanalyserne finder, at medarbejdere fra kommuner med teamstørrelser på max 13 er signifikant mere positive i deres vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser på 6 af de 8 undersøgte forhold.

Det er samtidig væsentligt, at dataene *ikke* indikerer en øget sårbarhed i forhold til sygemeldinger og lignende i forbindelse med mindre teamstørrelser, hvilket ellers er det typiske argument for, at de fleste kommuner vælger at arbejde med væsentligt større teamstørrelser, end der anbefales i litteraturen såvel som i den nederlandske Buurtzorg-organisation.

Det fremgår samtidig som en væsentlig pointe i medarbejderinterviewene, at mange teams opleves for store. Medarbejdernes bud på teamstørrelser varierer en del, og de medarbejdere, der har specifikke bud, anbefaler et sted 7-12 medarbejdere i dagligt fremmøde. Argumentet er, at teams inden for dette spænd giver mulighed for at balance behovene for kontinuitet (i det borgerrettede arbejde og i de professionelle samarbejdsrelationer) overfor hensynet til robusthed i forhold til sygdom og fridage.

Det fremstår på den baggrund fortsat som et udviklingspunkt, at de enkelte kommuner løbende overvejer, hvilke teamstørrelser der opereres med, samt hvilke fordele og ulemper der knytter sig til disse.

Dokumentation

Litteratur

Barriball, L., Bremner, J., Buchan, J. & et al. (2014). *Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe - Final Report.* Luxembourg, Publications Office of the European Union: European Commission Directorate-General for Health and Food Safety.

Beskæftigelsesministeriet, Social-, Bolig- og Ældreministeriet, Kommunernes Landsforening, & Finansministeriet (2023). *Delrapportering: Eksternt vikararbejde i den kommunale ældrepleje.* København: Beskæftigelsesministeriet.

Buch, M.S. & Topholm, E.H. (2023). *Evaluering af pulje til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen. Midtvejsrapport.* København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Buch, M.S., Topholm, E.H. & Christensen, J. (2024). *Faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen – erfaringer fra 25 kommuner. Evaluering af Socialstyrelsens pulje til faste teams.* København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Bøgeskov, B.M.O. & Segoli, G. (2023). *Implementering af faste teams – hvorfor og hvordan: stemmer fra 6 kommuner.* København: Københavns Professionshøjskole.

Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R. & Gale, J. (2017). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews.*17*(1), 824.

Kjellberg, P.K., Buch, M.S. & Anderberg, E.M. (2023). *Nærhed i omsorg. Evaluering af seks kommunale udviklingsprojekter.* København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Topholm, E.H., Holt, H., Houlberg, K., Pedersen, L.B., Jensen, K.H. & Fisher, R.H. (2023). *Eksterne vikarer på hospitals- og ældreområdet – Udviklingen i vikarudgifter, erfaringer med brugen af eksterne vikarer og vikarernes oplevelser*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Bilag 1 Medarbejderundersøgelsens metode og datagrundlag

Dette bilag gennemgår medarbejderundersøgelsens metode og datagrundlag. Undersøgelsen kombinerer kvantitative data fra et spørgeskema udsendt til en bred kreds af fagpersoner i de 25 puljekommuner med kvalitative indsigter fra 25 gruppeinterviews.

Spørgeskemaundersøgelsens gennemførelse

Udvikling af spørgeskema og indsamling af data

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen er at belyse, hvordan den brede gruppe af fagpersoner har oplevet resultaterne af at organisere sig i faste, tværfaglige og selvstyrende teams med udgangspunkt i de fire målsætninger, som er beskrevet i Kapitel 1. Spørgeskemaets formuleringer er blevet pilottestet blandt seks pilotrespondenter i én af de deltagende kommuner.[14] Pilottesten foregik i anden halvdel af august 2023 på baggrund af en udskrift af spørgeskemaet, som pilotrespondenterne udfyldte, hvorefter de gav feedback på spørgsmålenes formuleringer. Feedback fra alle seks pilotrespondenter blev skriftligt noteret og fremsendt til VIVE, hvorefter spørgeskemaet blev revideret og sat op med henblik på udsendelse til undersøgelsens svarpersoner.

Hovedparten af dataindsamlingen foregik online over 5 uger fra fredag den 15. september til og med torsdag den 19. oktober 2023.

Den online dataindsamling foregik med e-mail-invitationer, som VIVE sendte til respondenterne ved hjælp af kontaktoplysninger, som kommunerne havde udleveret til formålet. Efter instruktion fra VIVE fremsendte kommunerne således deltagerlister med navne, e-mailadresser og stillingsbetegnelser på fagpersoner, der indgik i deres team, samt medarbejdere (fx terapeuter og visitatorer), der arbejdede fast sammen med teamene.

Den konkrete udvælgelse af fagpersoner til undersøgelsen er sket med afsæt i slutevalueringens målsætning om så vidt muligt at tilvejebringe viden om hverdagen i en situation, hvor fagpersonalet har haft tid til at finde sig til rette i den nye organisering (og altså ikke opstartserfaringer, der typisk er præget af mange praktiske udfordringer og usikkerhed omkring rammerne for den nye hverdag). Dette har fordret nogle lidt forskellige udvælgelsesinstruktioner til kommunerne, afhængigt af kommunernes forskellige tilgange til og erfaringer med teametableringen. I nogle kommuner har man således arbejdet med hele

[14] De seks pilotrespondenter var hhv. to social- og sundhedsassistenter, en udviklingssygeplejerske, en rehabiliteringsterapeut, en projektmedarbejder med tilknytning til kommunens faste teams samt projektlederen for kommunens afprøvning af faste teams i hjemmeplejen.

ældreplejen, mens man i andre har arbejdet med afgrænsede set-ups bestående af et mindre antal teams (typisk et, to eller tre teams). Tilsvarende har en del kommuner haft en trinvis udrulning af teamorganiseringen, hvilket betyder, at der er stor forskel på, hvor lang tid de individuelle teams har haft til at konsolidere sig i den nye hverdag. De kommuner, der har arbejdet med et afgrænset set-up (et mindre antal teams), er blevet bedt om at udlevere kontaktoplysninger på alle de involverede fagpersoner. De kommuner, der har arbejdet med en trinvis udrulning, er omvendt blevet bedt om at udlevere kontaktoplysninger på de først startede teams. Endelig er de kommuner, der fra starten har arbejdet med ældreplejen som helhed, blevet bedt om at udlevere kontaktoplysninger på fagpersonerne i det distrikt eller område, der er kommet længst i arbejdet med teamorganiseringen.

Deltagerlisterne, som kommunerne udleverede, indeholdt kontaktoplysninger på i alt 1.352 fagpersoner med relevans for undersøgelsen.[15] Den 15. september modtog disse fagpersoner en e-mail-invitation med et direkte link til det elektroniske spørgeskema, og to gange i løbet af dataindsamlingen (den 25. september og den 3. oktober) blev påmindelser sendt ud til personer, der endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet. Ved dataindsamlingens afslutning den 19. oktober havde i alt 675 respondenter deltaget i spørgeskemaundersøgelsen (inklusive 112 respondenter, der besvarede dele af spørgeskemaet, men faldt fra undervejs), svarende altså til en svarprocent på 50.

Ud over den ovenfor beskrevne online-dataindsamling var der tre kommuner, hvor dataindsamlingen helt eller delvist foregik på papir, enten fordi kommunerne ønskede det, eller fordi det ikke var alle fagpersoner, der havde en e-mailadresse.[16] Den papirbaserede indsamling foregik ved hjælp af printede versioner af spørgeskemaet, som svarpersonerne udfyldte på teammøder og lignende. De udfyldte spørgeskemaer blev herefter fremsendt til VIVE, hvor studentermedhjælpere tastede svarene ind, så de kan analyseres sammen med svarene fra online-indsamlingen.

I alt 73 svarpersoner besvarede spørgeskemaet på papir, og kombineret med online-besvarelserne giver det altså en samlet stikprøve på 748 fagpersoner. Antallet af spørgeskemabesvarelser varierer på tværs af kommunerne fra 8 i kommunen med færrest til 73 i kommunen med flest besvarelser. 530 (70,9 %) af besvarelserne er fra social- og sundhedspersonale (assistenter, hjælpere

[15] De oplyste antal er efter eksklusion af i alt 27 personer, der fremgik af deltagerlister, til trods for at de ikke var i undersøgelsens målgruppe (fx ledere, ernæringsvejledere, pædagoger, pædagogiske assistenter og demenskonsulenter). Antallet af fagpersoner på kommunernes deltagerlister varierede fra 12 i kommunen med færrest personer til 197 i kommunen med flest personer.

[16] I to kommuner foregik dataindsamlingen som ren papirindsamling (efter ønske fra kommunerne), mens den i én kommune foregik som kombineret papir- og onlineindsamling (medarbejdere, der havde en arbejdsmail, besvarede skemaet online, mens medarbejdere, der ikke havde en arbejdsmail, besvarede det på papir).

og ufaglærte), 131 (17,5 %) er fra sygeplejersker, og 87 (11,6 %) er fra terapeuter og visitatorer.

Databehandling og -analyse

Analyserne af spørgeskemaet har primært skullet skabe overblik over den brede gruppe af fagpersoners oplevelser af teamorganiseringens konsekvenser. Til det formål er der til Kapitel 2-5 blevet udarbejdet et antal deskriptive figurer (horisontale søjlediagrammer) til illustration af fordelingerne af svar på de for kapitlerne relevante spørgeskemaspørgsmål.[17]

Som det kan ses i figurerne, varierer antallet af observationer (N) på tværs af de forskellige spørgsmål. Det varierende antal observationer skyldes dels, at svarpersoner ikke indgår i analyser af spørgsmål, som de ikke har besvaret (dette kan være spørgsmål, som svarpersonerne pga. frafald tidligere i spørgeskemaet ikke har nået at blive præsenteret for, eller spørgsmål, som de af forskellige årsager ikke har ønsket at besvare og derfor har sprunget over). Derudover er også 'Ved ikke'-svar blevet kodet som missing, idet sådanne svar ikke er udtryk for nogen meningsfuld oplevelse/meningstilkendegivelse vedrørende teamorganiseringens konsekvenser.

I tillæg til figurerne over den samlede stikprøves oplevelser er der endvidere (ligeledes til Kapitel 2-5) blevet udarbejdet en række tabeller med subgruppeanalyser til belysning af, om de forskellige faggrupper har haft forskellige oplevelser af teamorganiseringens konsekvenser. Tabellerne viser således, hvordan hver af de forskellige faggrupper (dvs. de forskellige grupper af social- og sundhedspersonale, sygeplejersker, terapeuter og visitatorer) i gennemsnit har besvaret de analyserede spørgsmål, og i noterne til tabellerne oplyses resultaterne af bivariate OLS-regressioner til test af, om faggruppernes gennemsnit er signifikant forskellige fra hinanden.

Endelig er der til Kapitel 6 blevet gennemført en række bivariate OLS-regressioner til test af, om fagpersonalets oplevelser har varieret afhængigt af fire uafhængige dummyvariable på kommuneniveau (andengenerationsprojekter vs. ikke andengenerationsprojekter, udforskende vs. inkrementel tilgang, fuldt integreret vs. monofaglig organisering af sygeplejerskerne samt mindre vs. større teamstørrelser).[18] Kodningen af, om kommunerne har haft en fuldt integreret eller monofaglig organisering af sygeplejerskerne, er sket på baggrund af oplysninger tilvejebragt via kvalitative interviews af ledere i de 25 kommuner i efteråret 2023, mens kodningen af de tre andre uafhængige variable er

[17] Eftersom undersøgelsen ikke inkluderer en baselinemåling eller en kontrolgruppe, er der ikke mulighed for at vurdere udvikling over tid samt udvikling i kommuner, der ikke har modtaget puljemidler.

[18] Som robusthedstest er regressionsanalyserne fra Kapitel 6 også blevet gennemført med kontrol for respondenters faggruppetilhørsforhold. Resultaterne af denne robusthedstest (ej rapporteret) adskiller sig ikke substantielt fra resultaterne i Kapitel 6 (ingen af de i kapitlet signifikante sammenhænge bliver insignifikante ved inklusion af denne kontrolvariabel i modellen).

sket på baggrund af oplysninger rapporteret af Buch og Topholm (2023) (for yderligere detaljer, se Bilagstabel 2.1).

Som det også fremgår af tabelnoterne i forbindelse med subgruppeanalyserne og OLS-analyserne til Kapitel 2-6, er der til nogle af disse analyser blevet anvendt enkeltspørgsmål som afhængige variable, mens der i andre tilfælde er anvendt sammensatte indikatorer (dvs. samlede indikatorer for de afhængige variable, der er konstrueret ved at kombinere flere relaterede spørgsmål).[19] Hver af de sammensatte indikatorer er, efter konstatering af tilfredsstillende intern reliabilitet,[20] blevet konstrueret, så de måler respondenternes gennemsnitssvar på tværs af de anvendte spørgsmål. Det skal bemærkes, at respondenter er kodet som missing, hvis et eller flere af de anvendte spørgsmål ikke er besvaret. I et konkret eksempel er Figur 2.1's tre kontinuitetsspørgsmål fx blevet kombineret til én samlet indikator for de oplevede kontinuitetskonsekvenser af at organisere ældreplejen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams. Dette er gjort ved (for respondenter, der har besvaret alle tre spørgsmål) at lægge svarene på Figur 2.1's tre kontinuitetsspørgsmål sammen og dividere summen med tre, jf. følgende generelle formel:

$$Indikator = \frac{Spørgsmål_1 + Spørgsmål_2 + \ \dots \ + Spørgsmål_n}{n}$$

Alle rapportens regressionsanalyser er gennemført med anvendelse af robuste standardfejl, og det konventionelle kriterium på $p < 0{,}05$ er anvendt til at afgøre, om forskelle mellem faggrupper/sammenhænge med uafhængige variable er statistisk signifikante eller ej.[21]

Mens de gennemførte regressionsanalyser er velegnede til at teste, *om* der er signifikante forskelle mellem faggrupperne, og *om* der er signifikante sammenhænge med de uafhængige variable, er det dog samtidig væsentligt at bemærke, at analyserne ikke egner sig som grundlag for konklusioner vedrørende *årsagerne* til disse forskelle/sammenhænge (herunder om der er tale om kausale sammenhænge/effekter). Der er således tale om bivariate regressionsanalyser med risiko for fx spuriøse sammenhænge (hvor bagvedliggende faktorer både påvirker de uafhængige og afhængige variable) eller omvendt

[19] Enkeltspørgsmål er anvendt i analyser af teamorganiseringens oplevede konsekvenser for a) muligheden for at levere en helhedsorienteret indsats, b) behovet for eksterne vikarer til at lukke huller i vagtplanen samt c) behovet for ekstraarbejde for at lukke huller i vagtplanen, mens sammensatte indikatorer er anvendt i analyser af teamorganiseringens oplevede konsekvenser for d) kontinuitet, e) fleksibilitet og inddragelse i det borgerrettede arbejde, f) oplevelsen af medansvar i forhold til planlægning, ressourceanvendelse og rekruttering, g) oplevelsen af faglig frihed samt h) oplevelsen af trivsel og arbejdsglæde i hverdagen.

[20] De konstruerede indikatorer har alle Cronbach's alpha-værdier på mellem 0,85 og 0,92.

[21] Anvendelsen af robuste standardfejl betyder, at der i analyserne tages højde for heteroskedastiske fejlled, men ikke for klyngestrukturen i dataene (dvs. intra-kommunale korrelationer) som følge af dataindsamlingen i kommunale enheder. Klyngerobuste standardfejl ville kunne tage højde for dette, men kræver et noget større antal klynger end de 25 kommuner, der findes i dataene, for at være informative.

kausalitet (hvor den afhængige variabel påvirker den uafhængige i stedet for omvendt).[22]

Interviewundersøgelsens gennemførelse

Dataindsamling

I perioden 4. september til 25. oktober er der gennemført 25 virtuelle gruppeinterviews med i alt 119 fagpersoner fra puljekommunerne.

Interviewene har haft til formål at få forståelse for, hvordan medarbejderne oplever arbejdet i en organisering med faste, tværfaglige og selvstyrende teams samt læring og oplevede resultater. Interviewene fokuserede på følgende temaer, som tager afsæt i VIVEs midtvejsevaluering (Buch & Topholm, 2023) samt puljens formål:

- Indledende runde, hvor interviewdeltagerne har angivet de vigtigste ændringer og resultater i relation til det daglige arbejde
- Hvordan det faste team er udmøntet, og hvilken betydning det har at være i/samarbejde med et fast team i relation til målet om kontinuitet og stabilitet i det borgerrettede arbejde
- Hvilke nye rammer der er etableret for tværfagligt samarbejde, hvilke resultater der opleves, samt hvad der driver resultaterne
- Hvilke elementer af selvstyring og faglig frihed der er arbejdet med, i hvilket omfang forholdet til nærmeste ledelse er ændret, hvilke resultater der opleves, samt hvad der driver resultaterne
- I hvilket omfang der er arbejdet med at søge nye veje i det borgerrettede arbejde, samt i hvilket omfang teamorganiseringen har understøttet ønsket om en fleksibel og helhedsorienteret borgerrettet indsats
- Hvilke udfordringer og fremadrettede opmærksomhedspunkter der oplevesves i relation til en organisering baseret på faste, tværfaglige og selvstyrende teams.

[22] Når det fx i Kapitel 6 findes, at medarbejderne i kommuner med en udforskende forandringstilgang er mere positive i deres vurderinger, end de er i kommuner med en mere inkrementel tilgang, så *kan* det være udtryk for en årsagssammenhæng, hvor den udforskende tilgang har haft en gavnlig effekt på personalets oplevelser. En anden mulighed, som ikke kan afvises på baggrund af de gennemførte analyser, er dog, at ikke-observerede bagvedliggende faktorer (fx en given organisationskultur eller nogle særlige forhold ved borgerne, medarbejderne eller ledelsen) har øget sandsynligheden for at vælge en udforskende tilgang *og* har haft gavnlige effekter på medarbejdernes oplevelser (så det altså er de bagvedliggende faktorer og ikke den valgte forandringstilgang, der har ført til de observerede svarmønstre). Et lignende argument kan laves for de andre observerede sammenhænge.

Medarbejderinterviewene er planlagt af hver enkelt kommunes tovholder for VIVEs nationale evaluering. Hver kommune er blevet bedt om at samle minimum en sygeplejerske, en SSA og en SSH. Hertil er den enkelte kommune blevet bedt om at indkalde hhv. en visitator, en terapeut og evt. øvrige relevante faggrupper med afsæt i den valgte organisering.

Alle interview har varet ca. 1 time og er gennemført virtuelt i perioden 4. september til 25. oktober. Som angivet i Bilagstabel 1.1 har der i alt deltaget 119 fagpersoner i interviewundersøgelsen fordelt på 28 sygeplejersker, 52 social- og sundhedsmedarbejdere samt 39 visitatorer og terapeuter mv.

Bilagstabel 1.1 Antal interviewpersoner fordelt på kommuner og faggrupper

Kommune	Sygeplejersker	Social- og sundhedspersonale	Visitatorer, planlæggere og terapeuter mv.	I alt
Allerød		3	1	**4**
Egedal	2	3	2	**7**
Esbjerg	1	2	1	**4**
Favrskov	2	2	3	**7**
Faxe	1	2	1	**4**
Fredensborg	2	5	1	**8**
Frederikshavn	1	2	2	**5**
Frederikssund	1	3		**4**
Glostrup		3	1	**4**
Haderslev	1	2	1	**4**
Hillerød	2		3	**5**
Holstebro	1	2	2	**5**
Ikast-Brande	2	2	2	**6**
Kerteminde	1	1	3	**5**
Kolding		2	2	**4**
Køge	1	3	2	**6**
Rødovre	1	2	1	**4**
Syddjurs	1	1	2	**4**
Sønderborg	1	2	2	**5**
Thisted	1	4	2	**7**
Tårnby	1	1	1	**3**
Vejle	2	1	1	**4**
Ærø	1	1	1	**3**
Aabenraa	1	1	2	**4**
Aalborg	1	2		**3**
I alt	**28**	**52**	**39**	**119**

Databehandling og analyse

Alle interviews (på nær to[23]) er gennemført af Emmy Hjort-Enemark Topholm og Martin Sandberg Buch, der har skiftedes til at være hhv. interviewer og referent. Alle interview er optaget elektronisk, og der er taget udførligt referat undervejs, som efterfølgende er skrevet rent og kondenseret i henhold til nedenstående undersøgelsestemaer:

- Tilgang til udvikling og status for resultater
- Teamorganisering: størrelse, medarbejdersammensætning, vagtdækning og elementer af selvstyring
- Tværfaglighed: grad af integration, tværfaglighed i hverdagen, involverede faggrupper/funktioner og deres tilknytning til teams
- Ledelsens rolle og forandringer i ledelsesrollen, og hvilke behov/tiltag der arbejdes med for at udvikle denne
- Kompetenceudvikling til medarbejdere og ledere, og hvilke tilgange der forbindes med succes
- Systemunderstøttelse og herunder, hvilke løsninger der vurderes relevante og anvendelige
- Myndighed og visitation: myndighedsroller og -opgaver, tilknytning til teams og forandringer i styringsmodeller
- Rehabilitering og aktiverende pleje og herunder, hvilken rolle terapeuter tiltænkes i teamenes hverdag
- Involvering af borger og pårørende: organisatorisk brugerinddragelse og prøvehandlinger og ny praksis med afsæt i hverdagen
- Fremadrettede perspektiver på udbredelse og konsolidering af opnåede resultater.

De tematiserede referater er herefter anvendt som afsæt for analyse og afrapportering, der forklarer og nuancerer de resultater, som ses i spørgeskemaundersøgelsen.

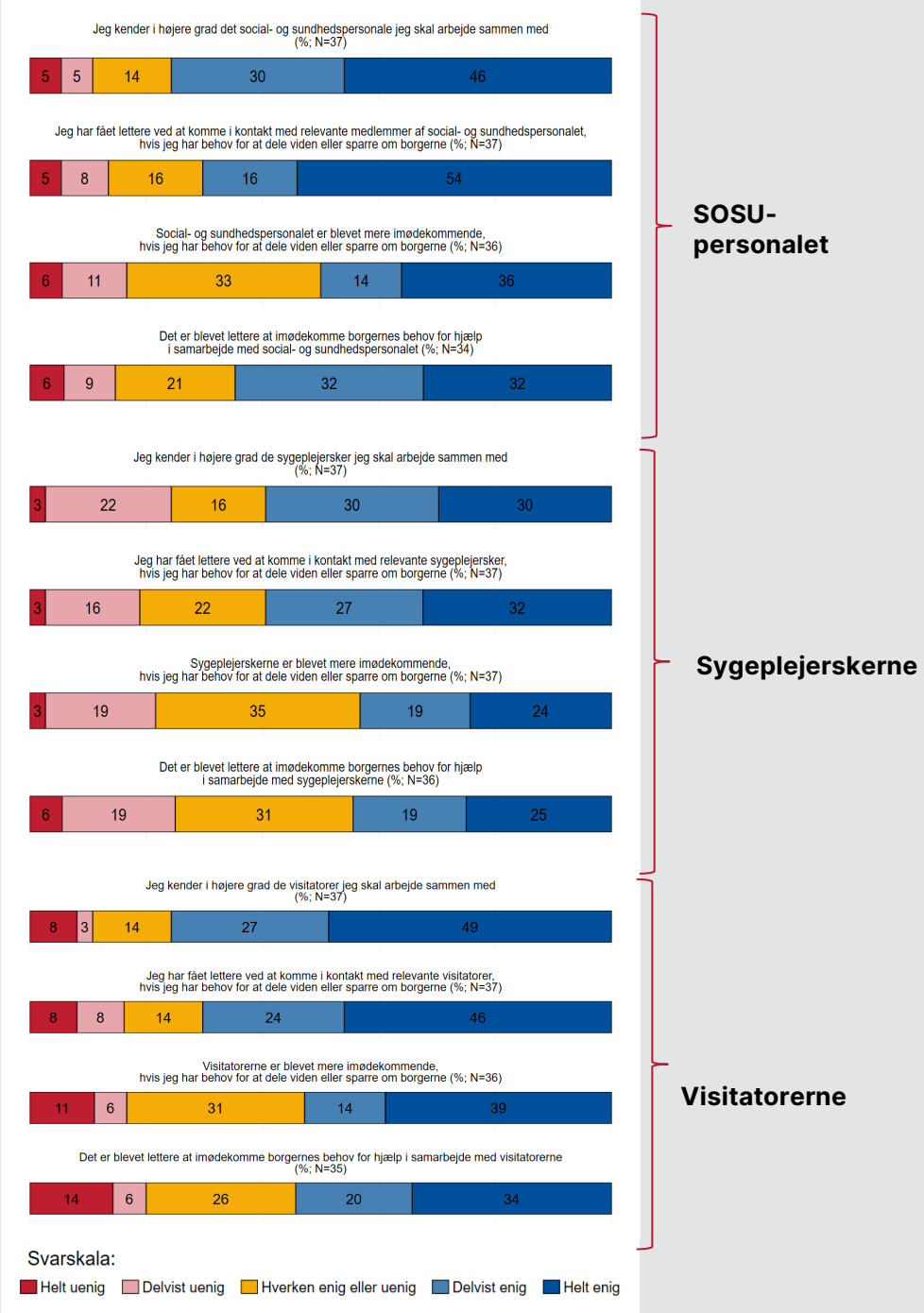
[23] I Allerødinterviewet tog Julian Christensen referat, mens Emmy Hjort-Enemark Topholm interviewede. I Ikast-Brandeinterviewet tog en student referat, mens Martin Sandberg Buch interviewede.

Bilag 2 Supplerende analyser af spørgeskema

Dette bilag indeholder følgende figurer og tabeller:

- Bilagsfigur 2.1: Sygeplejerskers vurderinger vedr. tværfagligt samarbejde
- Bilagsfigur 2.2: Terapeuters vurderinger vedr. tværfagligt samarbejde
- Bilagsfigur 2.3: Visitatorers vurderinger vedr. tværfagligt samarbejde
- Bilagstabel 2.1: Kodning af faktorer på kommuneniveau
- Bilagstabel 2.2: OLS-analyser af sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for muligheden for at levere en helhedsorienteret indsats til borgerne
- Bilagstabel 2.3: OLS-analyser af sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede kontinuitetskonsekvenser
- Bilagstabel 2.4: OLS-analyser af sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for fleksibilitet og inddragelse i det borgerrettede arbejde
- Bilagstabel 2.5: OLS-analyser af sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for ansvarsfølelse
- Bilagstabel 2.6: OLS-analyser af sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for faglig frihed
- Bilagstabel 2.7: OLS-analyser af sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for behovet for eksterne vikarer
- Bilagstabel 2.8: OLS-analyser af sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for behovet for ekstravagter mv.
- Bilagstabel 2.9: OLS-analyser af sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for medarbejdertrivsel og arbejdsglæde.

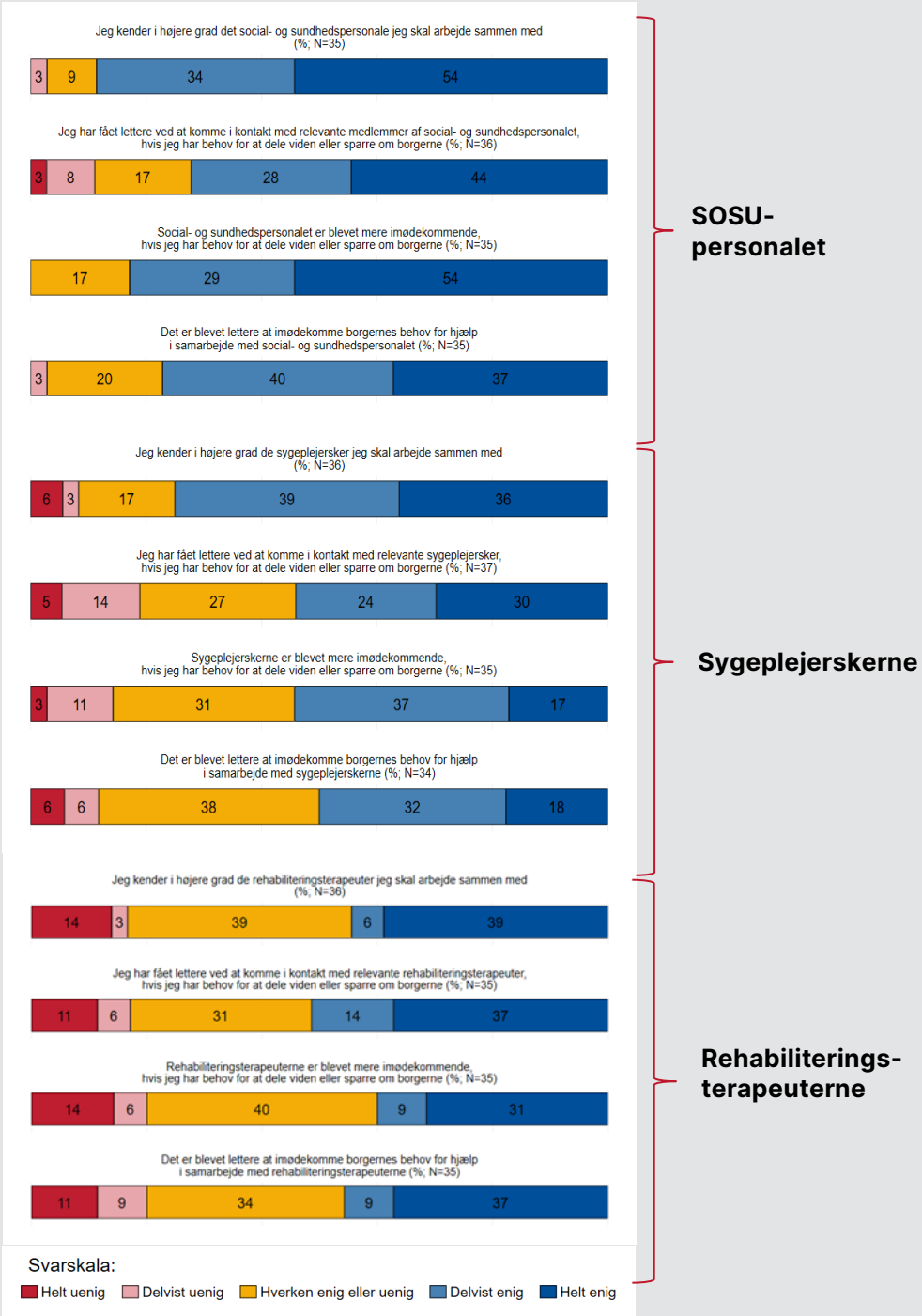
Bilagsfigur 2.2 Terapeuters vurderinger af teamorganiserings konsekvenser for samarbejde med…



Anm.: Figuren viser terapeuters vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser for samarbejdet med social- og sundhedspersonalet (assistenter, hjælpere og ufaglærte), sygeplejersker og visitatorer.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Bilagsfigur 2.3 Visitatorernes vurderinger af teamorganiserings konsekvenser for samarbejde med…



Anm.: Figuren viser visitatorernes vurderinger af teamorganiseringens konsekvenser for samarbejdet med social- og sundhedspersonalet (assistenter, hjælpere og ufaglærte), sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Bilagstabel 2.1 Kodning af faktorer på kommuneniveau

	Anden-generation	Udforskende til-gang	Fuldt integreret	Lille team (max 13)
Allerød	0	1	0	1
Egedal	0	0	0	0
Esbjerg	0	0	0	0
Favrskov	1	0	0	.
Faxe	1	0	0	.
Fredensborg	0	0	1	.
Frederikshavn	0	0	1	0
Frederikssund	0	0	1	0
Glostrup	0	0	0	0
Haderslev	1	1	1	.
Hillerød	0	0	0	1
Holstebro	0	0	0	0
Ikast-Brande	1	0	0	0
Kerteminde	1	0	0	0
Kolding	0	1	0	1
Køge	0	0	0	1
Rødovre	0	0	0	1
Syddjurs	1	1	1	0
Sønderborg	1	1	1	0
Thisted	0	0	0	0
Tårnby	0	1	1	1
Vejle	0	0	1	0
Ærø	0	0	0	0
Aabenraa	0	1	0	0
Aalborg	0	1	1	1

Anm.: "Andengeneration" er kodet som 0 i kommuner, der ikke før det puljefinansierede arbejde havde arbejdet med organisering af ældreplejen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams, og 1 i kommuner, der også før det puljefinansierede arbejde havde forsøgt sig med organisering i faste, tværfaglige og selvstyrende teams. "Udforskende tilgang" er kodet som 0 i kommuner, der anlagde en inkrementel/trinvis tilgang til teamorganiseringen, og 1 i kommuner, der anlagde en udforskende tilgang. "Fuldt integreret" er kodet som 0 i kommuner med en monofaglig organisering af sygeplejen og 1 i kommuner med en fuldt integreret organisering af sygeplejen i de faste, tværfaglige og selvstyrende teams. "Lille team (max 13)" er kodet som 0 i kommuner med teamstørrelser på mindst 14,1 i kommuner med teamstørrelser på højest 13 og missing (.) i kommuner, hvor teamstørrelserne varierede med nogle teams på max 13 og andre på mindst 14.

Kilde: Kodningen af "fuldt integreret" er foretaget på baggrund af information tilvejebragt via kvalitative interviews med ledere fra de 25 kommuner i efteråret 2022 og 2023. Kodningen af de øvrige faktorer er foretaget på baggrund af oplysninger fra side 18 ("andengeneration"), side 19 ("udforskende tilgang") og side 30-31 ("lille team") i midtvejsrapporten i forbindelse med denne evaluering (Buch & Topholm, 2023).

Bilagstabel 2.2 Sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for muligheden for at levere en helhedsorienteret indsats til borgerne

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Andengenerationsprojekt	-0,85*** (0,21)			
Udforskende tilgang		0,61** (0,22)		
Fuldt integreret			-0,07 (0,23)	
Lille team (max 13)				0,99*** (0,21)
Konstant	7,23*** (0,11)	6,78*** (0,11)	6,99*** (0,12)	6,81*** (0,12)
R^2	0,03	0,01	0,0002	0,04
N	587	587	587	464

Anm.: Tabellen tester for sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau (andengenerationsprojekt vs. førstegeneration, udforskende vs. inkrementel tilgang til teamorganiseringen, fuldt integreret vs. monofaglig organisering af sygeplejerskerne og teamstørrelser på højest 13 vs. teamstørrelser på mindst 14) og respondenternes svar på følgende spørgsmål: "Oplever du, at organiseringen i faste, tværfaglige og selvstyrende teams har gjort det lettere eller sværere at levere en helhedsorienteret indsats til borgerne?" (Svarskala: 0-10, hvor 0 betyder 'meget sværere', og 10 betyder 'meget lettere') (OLS-koefficienter med robuste standardfejl i parentes).

Det lavere antal observationer (N) i model 4 skyldes, at nogle kommuners teamstørrelser ikke lod sig kode som enten over eller under 13 og derfor blev kodet som missing (dette var tilfældet i kommuner med mere end ét team, hvor teamstørrelserne varierede mellem 13 eller mindre og 14 eller større).

Note: ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Bilagstabel 2.3 Sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede kontinuitetskonsekvenser

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Andengenerationsprojekt	-0,13 (0,11)			
Udforskende tilgang		0,44*** (0,10)		
Fuldt integreret			0,05 (0,10)	
Lille team (max 13)				0,34** (0,11)
Konstant	3,78*** (0,06)	3,62*** (0,06)	3,72*** (0,06)	3,68*** (0,06)
R^2	0,003	0,03	0,0004	0,02
N	658	658	658	520

Anm.: Tabellen tester for sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau (andengenerationsprojekt vs. førstegeneration, udforskende vs. inkrementel tilgang til teamorganiseringen, fuldt integreret vs. monofaglig organisering af sygeplejerskerne og teamstørrelser på højest 13 vs. teamstørrelser på mindst 14) og respondenternes gennemsnitssvar på udsagnene i Figur 2.1 (OLS-koefficienter med robuste standardfejl i parentes).

Det lavere antal observationer (N) i model 4 skyldes, at nogle kommuners teamstørrelser ikke lod sig kode som enten over eller under 13 og derfor blev kodet som missing (dette var tilfældet i kommuner med mere end ét team, hvor teamstørrelserne varierede mellem 13 eller mindre og 14 eller større).

Note: ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Bilagstabel 2.4 Sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for fleksibilitet og inddragelse i det borgerrettede arbejde

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Andengenerationsprojekt	-0,26* (0,10)			
Udforskende tilgang		0,29** (0,10)		
Fuldt integreret			-0,09 (0,10)	
Lille team (max 13)				0,32** (0,10)
Konstant	3,71*** (0,05)	3,55*** (0,05)	3,66*** (0,06)	3,60*** (0,06)
R^2	0,01	0,01	0,001	0,02
N	590	590	590	470

Anm.: Tabellen tester for sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau (andengenerationsprojekt vs. førstegeneration, udforskende vs. inkrementel tilgang til teamorganiseringen, fuldt integreret vs. monofaglig organisering af sygeplejerskerne og teamstørrelser på højest 13 vs. teamstørrelser på mindst 14) og respondenternes gennemsnitssvar på udsagnene i Figur 2.2 (OLS-koefficienter med robuste standardfejl i parentes).

Det lavere antal observationer (N) i model 4 skyldes, at nogle kommuners teamstørrelser ikke lod sig kode som enten over eller under 13 og derfor blev kodet som missing (dette var tilfældet i kommuner med mere end ét team, hvor teamstørrelserne varierede mellem 13 eller mindre og 14 eller større).

Note: ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Bilagstabel 2.5 Sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for ansvarsfølelse

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Andengenerationsprojekt	-0,01 (0,11)			
Udforskende tilgang		0,45*** (0,11)		
Fuldt integreret			0,21 (0,11)	
Lille team (max 13)				0,44** (0,12)
Konstant	2,98*** (0,06)	2,84*** (0,06)	2,91*** (0,06)	2,88*** (0,07)
R^2	0,00	0,03	0,01	0,03
N	489	489	489	390

Anm.: Tabellen tester for sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau (andengenerationsprojekt vs. førstegeneration, udforskende vs. inkrementel tilgang til teamorganiseringen, fuldt integreret vs. monofaglig organisering af sygeplejerskerne og teamstørrelser på højest 13 vs. teamstørrelser på mindst 14) og respondenternes gennemsnitssvar på udsagnene i Figur 4.1 (OLS-koefficienter med robuste standardfejl i parentes).

Det lavere antal observationer (N) i model 4 skyldes, at nogle kommuners teamstørrelser ikke lod sig kode som enten over eller under 13 og derfor blev kodet som missing (dette var tilfældet i kommuner med mere end ét team, hvor teamstørrelserne varierede mellem 13 eller mindre og 14 eller større).

Note: ***: p < 0,001; **: p < 0,01; *: p < 0,05.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Bilagstabel 2.6 Sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for faglig frihed

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Andengenerationsprojekt	-0,22* (0,11)			
Udforskende tilgang		0,32** (0,10)		
Fuldt integreret			0,03 (0,11)	
Lille team (max 13)				0,39*** (0,11)
Konstant	3,49*** (0,06)	3,32*** (0,06)	3,40*** (0,06)	3,35*** (0,07)
R2	0,01	0,02	0,0001	0,03
N	533	533	533	427

Anm.: Tabellen tester for sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau (andengenerationsprojekt vs. førstegeneration, udforskende vs. inkrementel tilgang til teamorganiseringen, fuldt integreret vs. monofaglig organisering af sygeplejerskerne og teamstørrelser på højest 13 vs. teamstørrelser på mindst 14) og respondenternes gennemsnitssvar på udsagnene i Figur 4.2 (OLS-koefficienter med robuste standardfejl i parentes).

Det lavere antal observationer (N) i model 4 skyldes, at nogle kommuners teamstørrelser ikke lod sig kode som enten over eller under 13 og derfor blev kodet som missing (dette var tilfældet i kommuner med mere end ét team, hvor teamstørrelserne varierede mellem 13 eller mindre og 14 eller større).

Note: ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Bilagstabel 2.7 Sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for behov for eksterne vikarer

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Andengenerationsprojekt	0,32* (0,12)			
Udforskende tilgang		0,48*** (0,12)		
Fuldt integreret			0,52*** (0,12)	
Lille team (max 13)				0,06 (0,12)
Konstant	2,51*** (0,06)	2,46*** (0,06)	2,44*** (0,06)	2,47*** (0,07)
R^2	0,02	0,04	0,04	0,001
N	461	461	461	361

Anm.: Tabellen tester for sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau (andengenerationsprojekt vs. førstegeneration, udforskende vs. inkrementel tilgang til teamorganiseringen, fuldt integreret vs. monofaglig organisering af sygeplejerskerne og teamstørrelser på højest 13 vs. teamstørrelser på mindst 14) og respondenternes gennemsnitssvar på Tabel 5.1's udsagn om et øget behov for eksterne vikarer (OLS-koefficienter med robuste standardfejl i parentes).

Det lavere antal observationer (N) i model 4 skyldes, at nogle kommuners teamstørrelser ikke lod sig kode som enten over eller under 13 og derfor blev kodet som missing (dette var tilfældet i kommuner med mere end ét team, hvor teamstørrelserne varierede mellem 13 eller mindre og 14 eller større).

Note: ***: p < 0,001; **: p < 0,01; *: p < 0,05.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Bilagstabel 2.8 Sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for behov for ekstravagter m.v.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Andengenerationsprojekt	0,29** (0,11)			
Udforskende tilgang		-0,09 (0,11)		
Fuldt integreret			0,08 (0,11)	
Lille team (max 13)				-0,21 (0,12)
Konstant	3,01*** (0,06)	3,13*** (0,06)	3,07*** (0,06)	3,10*** (0,07)
R^2	0,02	0,001	0,001	0,01
N	477	477	477	375

Anm.: Tabellen tester for sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau (andengenerationsprojekt vs. førstegeneration, udforskende vs. inkrementel tilgang til teamorganiseringen, fuldt integreret vs. monofaglig organisering af sygeplejerskerne og teamstørrelser på højest 13 vs. teamstørrelser på mindst 14) og respondenternes gennemsnitssvar på Tabel 5.1's udsagn om et øget behov for ekstravagter mv. (OLS-koefficienter med robuste standardfejl i parentes).

Det lavere antal observationer (N) i model 4 skyldes, at nogle kommuners teamstørrelser ikke lod sig kode som enten over eller under 13 og derfor blev kodet som missing (dette var tilfældet i kommuner med mere end ét team, hvor teamstørrelserne varierede mellem 13 eller mindre og 14 eller større).

Note: ***: p < 0,001; **: p < 0,01; *: p < 0,05.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.

Bilagstabel 2.9 Sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau og oplevede konsekvenser for medarbejdertrivsel og arbejdsglæde

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Andengenerationsprojekt	-0,21 (0,11)			
Udforskende tilgang		0,30** (0,10)		
Fuldt integreret			-0,10 (0,11)	
Lille team (max 13)				0,38** (0,11)
Konstant	3,63*** (0,06)	3,48*** (0,06)	3,60*** (0,06)	3,51*** (0,06)
R^2	0,01	0,02	0,002	0,03
N	538	538	538	428

Anm.: Tabellen tester for sammenhænge mellem faktorer på kommuneniveau (andengenerationsprojekt vs. førstegeneration, udforskende vs. inkrementel tilgang til teamorganiseringen, fuldt integreret vs. monofaglig organisering af sygeplejerskerne og teamstørrelser på højest 13 vs. teamstørrelser på mindst 14) og respondenternes gennemsnitssvar på udsagnene i Figur 5.1. (OLS-koefficienter med robuste standardfejl i parentes).

Det lavere antal observationer (N) i model 4 skyldes, at nogle kommuners teamstørrelser ikke lod sig kode som enten over eller under 13 og derfor blev kodet som missing (dette var tilfældet i kommuner med mere end ét team, hvor teamstørrelserne varierede mellem 13 eller mindre og 14 eller større).

Note: ***: p < 0,001; **: p < 0,01; *: p < 0,05.

Kilde: Fagperson-survey foretaget af VIVE i perioden fra 15. september til 19. oktober 2023.