



Anne Petersen og Pia Kürstein Kjellberg

## **Det Gode Hverdagsliv i Egedal Kommune**

En midtvejsevaluering

Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning

*Det Gode Hverdagsliv i Egedal Kommune  
– En midtvejsevaluering*

Publikationen kan hentes på [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne, 2016

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

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA  
ISBN: 978-87-7488-857-4  
Projekt: 11027

**KORA  
Det Nationale Institut for  
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

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



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

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

Arbejdet med ældre forandrer sig i disse år som følge af, at der kommer flere ældre, som har brug for hjælp, og fordi der er et skifte undervejs i forståelsen af, hvad der er en god hjælp for ældre. Tidligere var de kommunale tilbud i høj grad baseret på en omsorgslogik, hvor borgerne fik en kompenserende hjælp, dvs. en hjælp, hvor borgeren ikke selv skulle være aktivt deltagende. I dag organiseres kommunernes indsatser ud fra, at de skal understøtte, at borgeren fastholder sit funktionsniveau eller forbedrer det. Det vil sige, at tilgangen er baseret på en rehabiliteringslogik, og medarbejderne skal arbejde med at aktivere/rehabiliterer borgerne. Det er en væsentlig forskellig måde at arbejde på – og også at samarbejde på, for interaktionen med borgerne skal være anderledes og samarbejdet med andre kommunale enheder ligeså.

Denne evaluering ser nærmere på, hvordan omlægningen til en aktiverende/rehabiliterende tilgang fungerer i Egedal Kommune, hvor der arbejdes med det under overskriften *Det Gode Hverdagsliv*. Alle medarbejdere i Hjemmeplejen, Sygeplejen, Visitationen og Træningsteamet har været gennem et kompetenceudviklingsforløb, der skal styrke dels den faglige indsats fra medarbejderne, dels et bedre og mere koordineret samarbejde mellem enhederne. Herudover er der tilført ressourcer til Hjemmeplejen, hvor der er ansat rehabiliteringskonsulenter med fast, daglig gang i Hjemmeplejen.

I evalueringen undersøger vi:

- Forskelle i det daglige arbejde efter introduktionen af projektet
- Muligheder og barrierer for at optimere indsatsen til borgerne
- Medarbejderes og borgernes opfattelse af Det Gode Hverdagsliv

Anne Petersen var projektleder på undersøgelsen og har indsamlet empirien, foretaget analyserne samt skrevet rapporten, og analyse- og forskningschef Pia Kürstein Kjellberg har læst review på rapporten.

Evalueringen er bestilt og finansieret af Egedal Kommune. Egedal Kommune har desuden været behjælpelig med tilrettelæggelsen af empiri-indsamlingen og har haft den endelige rapport til gennemsyn for faktuelle fejl og mangler inden offentliggørelsen.

KORA ønsker at takke ledere, personale og borgere i Egedal Kommune for at bidrage til evalueringen gennem deltagelse i interview og observationer.

Anne Petersen  
Maj 2016

# Indhold

Resumé .....	5
1 Formålet med midtvejsevalueringen .....	7
2 Det Gode Hverdagsliv i Egedal .....	8
3 Metoder .....	10
4 Fund .....	13
4.1 Forskelle i tilgangen nu og før omlægningen, barrierer og muligheder for den videre omlægning .....	13
4.1.1 Plejepersonalet tænker mere aktiverende og rehabiliterende .....	13
4.1.2 Rollerne 'good cop'/'bad cop' .....	15
4.1.3 Tovholderrollen skal indtages .....	18
4.1.4 Samarbejdet med borgeren afhænger af borgerens indstilling .....	19
4.1.5 Dokumentation – fungerer endnu ikke som koordinering eller kommunikation .....	21
4.1.6 Koordineringen i forløbene er mangelfuld .....	25
4.1.7 Hvad er rehabilitering? .....	26
4.1.8 Uoverensstemmelser mellem hverdagspraksis og praksissen defineret i flowchartet .....	29
4.2 Borgernes oplevelse af Det Gode Hverdagsliv .....	30
4.2.1 Borgernes samarbejde med personalet i opstartsfasen .....	30
4.2.2 Borgerens samarbejde med plejepersonalet .....	31
5 Konklusion .....	34
6 Det Gode Hverdagsliv i forhold til andre måder at organisere hverdagsrehabilitering .....	36
7 Forslag og anbefalinger .....	38
Litteratur .....	41

# Resumé

I denne evaluering har KORA undersøgt Egedal Kommunes arbejde med at omlægge indsatsen på ældreområdet til at være aktiverende/rehabiliterende i regi af projektet *Det Gode Hverdagsliv*. Projektet er en organisationsforandringsproces med visionen, at alle medarbejdere i den udgående del af hjemmeplejen skal arbejde aktiverende eller rehabiliterende med de tilknyttede borgere, ligesom der også er fokus på, at borgernes forløb i Hjemmeplejen, Sygeplejen og Træningsteamet bliver koordineret. Det betyder, at de forskellige medarbejdere i varierende grad skal tillægge sig nye måder at arbejde på, både i forhold til egen praksis, inden for eget team såvel som på tværs af teams.

Vi har i evalueringen fokuseret på:

- Hvordan kommunens tilbud til borgerne, herunder særligt medarbejdernes måde at arbejde på, er forskellig i dag i forhold til før introduktionen af Det Gode Hverdagsliv
- Hvilke muligheder og barrierer der er for at optimere indsatsen
- Hvordan medarbejdere og borgere oplever omlægningen

Sluttelig giver KORA anbefalinger og forslag til, hvordan der hensigtsmæssigt kan arbejdes videre med omlægningen.

## **Projektet har sat sig spor i medarbejdernes tilgang**

Evalueringen viser, at den aktiverende og rehabiliterende tænkning er synlig i hverdagen. Medarbejderne internt i Hjemmeplejen og Sygeplejen imellem diskuterer borgernes potentiale for at være aktive og blive rehabiliteret. Særligt rehabiliteringskonsulenternes tilstedeværelse i teamene har betydning for dette, ved at de bringer rehabiliteringslogikken ind i samtaler og fastholder fokus på det, og ved at de arbejder med at oplære medarbejderne i en aktiverende/rehabiliterende praksis. Det betyder også, at omlægningsprocessen stadig er sårbar, fordi den i høj grad er båret af rehabiliteringskonsulenterne.

## **Projektet har været ophav til nye roller**

Den aktiverende/rehabiliterende tilgang er så markant anderledes, at det er en udfordring for medarbejdernes måde at samarbejde med borgerne på. Det har ført til udviklingen af to roller i samarbejdet med borgeren: "Den gode-rolle", som indtages af den medarbejder, der hjælper borgeren med at indfri krav, som er sat af en anden aktør i kommunen; den medarbejder, der indtager "den onde-rolle", og kravene er vel at mærke krav, som borgeren finder urimelige. Medarbejderne oplever, at det at påtage sig rollen som den gode får samarbejdet med borgeren til at glide i hverdagen. Samarbejdet mellem medarbejderne imellem besværliggøres dog, når de placerer sig selv i rollen som den gode og deres kollegaer i rolle som den onde, ligesom det modvirker, at tovholderne faktisk indtager tovholderrollen.

## **Tovholdere mangler stadig at agere tovholdere i det interne, kollegiale samarbejde**

I de rehabiliterende forløb er en medarbejder i Hjemmeplejen tovholder på borgerens forløb. Tovholderen skal sørge for, at der er en rød tråd gennem borgerens rehabiliteringsforløb, at dokumentationen er i orden, og at få kollegaer med på den lagte plan. Det er dog i høj grad rehabiliteringskonsulenten, som indtager denne rolle på de ugentlige rehabiliteringsmøder. Der er således stadig et stykke vej, før tovholderne selvstændigt kan drive rehabiliteringsforløbene.

### **Strategier i samarbejdet med borgeren**

Medarbejderne anvender forskellige strategier til at aktivere borgere, der ser det som deres ret at modtage en kompenserende hjælp eller er modvillige over for det, fordi de er utrygge ved selv at varetage eller tage del i opgaverne. Strategierne er baseret på borgerens ageren og omfatter at argumentere rationelt med borgeren om at deltage, at opmuntre og rose såvel som at bygge på borgerens lyst til at være sammen med medarbejderen. For borgere, der er utrygge ved at skulle varetage opgaver selv, praktiserer medarbejderne en tilgang, hvor de aftrapper hjælpen.

### **Dokumentationen**

Der er mange barrierer for, at hjemmeplejerne dokumenterer, som de skal i de rehabiliterende forløb. Barriererne omfatter teknik, anvendelsen af it-redskaber, selve det at strukturere tekst og skrive den, samt at de oplever, at de har et redskab, der opfylder deres behov for at orientere sig i borgerens forløb: dialog. Det betyder, at medarbejderne ikke er optimalt opdaterede om, hvordan der arbejdes aktiverende/rehabiliterende med de borgere, de kommer hos.

### **Koordineringen i forløbene**

Koordineringen af de forskellige tilbud, som en borger modtager, er ikke optimal. Eksempelvis er koordineringen mellem Træningsteamet og Hjemmeplejen baseret på tilfældige, gode samarbejdsrelationer, og dokumentationssystemet anvendes ikke til at orientere sig i hinandens arbejde. Internt i Hjemmeplejen betyder den manglende anvendelse af dokumentationssystemet også, at koordineringen er mangelfuld. Sygeplejen har svært ved at se, hvordan de kan arbejde rehabiliterende, sådan som opgavefordelingen med Hjemmeplejen er organiseret, og endelig opleves Triagemøder og Rehabiliteringsmøder som for ustrukturerede til, at der skabes en optimal koordinering.

### **Der er uenighed om, hvad Det Gode Hverdagsliv/rehabilitering er**

Særligt mellem Visitationen og de udførende teams er der forskellige forståelser af, hvad Det Gode Hverdagsliv er og skal omfatte. Det betyder, at der dels kan opstå misforståelser og gnidninger teamene imellem, dels at borgerne ikke kommer i de forløb, der reelt matcher deres behov.

### **Borgernes oplevelse af Det Gode Hverdagsliv**

Borgerne oplever, at opstarten af rehabiliteringsforløbet, dvs. visitationssamtalen og opstartsmødet med rehabiliteringskonsulent og tovholderen, kan være ubehagelig, fordi det opleves ubehageligt og kunstigt at blive observeret og vurderet af de kommunale medarbejdere. De oplever, at visitatoren har givet dem forventninger om at skulle modtage en kompenserende hjælp – og efterlades undrende ved opstartsmødet. I rehabiliteringsforløbene er borgerne langt overvejende glade for samarbejdet med hjemmeplejerne, men de oplever, at det er dem og ikke medarbejderne, der må nytænke, hvordan de selv kan varetage opgaver i hverdagen.

### **Metoder i evalueringen**

Evalueringen er baseret på kvalitative metoder, hvor KORA har foretaget fire observationsdage, et informationsinterview med projektlederen og ni fokusgruppeinterview med ansatte i Egedal Kommune og borgere tilknyttet Hjemmeplejen.

# 1 Formålet med midtvejsevalueringen

I Egedal Kommune arbejdes der i perioden 2014-2017 med hverdagsrehabiliteringsprojektet *Det Gode Hverdagsliv*. Visionen for projektet er:

*... at skabe en aktiverende og rehabiliterende kultur blandt alle, der er involveret i bevilling og levering af pleje- og sundhedsydelser i Egedal Kommune. (Egedal Kommune [U.å.]*

Det er således alle involverede medarbejdere, der i et eller andet omfang skal forandre måden, de arbejder på, og måden de tænker på og forstår deres arbejdsopgaver. For at kunne optimere den organisationsforandringsproces, som følger med projektet, ønsker Egedal Kommune en undersøgelse, der analyserer og dokumenterer:

- Forskelle i det daglige arbejde efter introduktionen af projektet
- Muligheder og barrierer for at optimere indsatsen til borgerne
- Medarbejderes og borgeres opfattelse af Det Gode Hverdagsliv

## 2 Det Gode Hverdagsliv i Egedal

I dette kapitel giver vi en kort introduktion til Det Gode Hverdagsliv i Egedal Kommune.

Projekt Det Gode Hverdagsliv udspringer af to rationaler. Dels baserer det sig på en antagelse om, at et stigende antal borgere ønsker at klare sig selv, dels en vurdering af, at med kommende demografiske ændringer, hvor der vil være flere ældre i kommunen, skal flere borgere klare sig selv. Med andre ord, kommunen kan ikke fremover tilbyde kompenserende hjælp i samme grad som i dag.

*Flere og flere borgere har et ønske om at klare sig selv længst muligt i eget hjem (...). Sammenholdt med den kraftige stigning i antallet af ældre borgere, som forventes de kommende år, findes det derfor nødvendigt, at der satses endnu mere på 'hjælp til selvhjælp'. Der er behov for et øget fokus på at støtte Egedals borgere til at klare sig selv gennem aktivering og rehabilitering og dermed forebygge behovet for kompenserende hjælp til de opgaver, de ikke kan løse selv. (Egedal Kommune [U.å.]*

To centre i kommunen samarbejder om projektet: Center for Sundhed og Omsorg samt Den Tværfaglige Myndighed i Center for Borgerservice. Med projektet ønsker centrene at opnå en kulturforandring blandt medarbejderne, som skal kunne mærkes af borgerne. Medarbejderne skal arbejde aktiverende og rehabiliterende på en måde, hvor borgerne modtager information, støtte og vejledning, så de kan prioritere deres egne behov, ønsker og interesser. Det skal være en kultur, hvor der er fokus på borgerens hele livssituation og på at give borgeren størst mulig livskvalitet. Dette kobles sammen med størst mulig selvstændighed og uafhængighed af hjælp (Egedal Kommune [U.å.]).

Det Gode Hverdagsliv er introduceret i både den udgående hjemmepleje samt på plejecentrene, men arbejdet med projektet på plejecentrene er væsentligt ændret i forhold til, hvordan det først var tænkt (personlig kommunikation med projektlederen), og det er derfor alene de udgående teams, der indgår i denne undersøgelse.

Den udgående hjemmepleje i Egedal er inddelt i tre dagteams baseret på geografi. Hvert af disse teams har en rehabiliteringskonsulent tilknyttet, hvis uddannelsesbaggrund er enten fysioterapeut eller ergoterapeut. Herudover er der et aften-/nat-team, der ikke har en rehabiliteringskonsulent tilknyttet. Rehabiliteringskonsulentens rolle er at være netop dette: en *konsulent* for plejepersonalet.

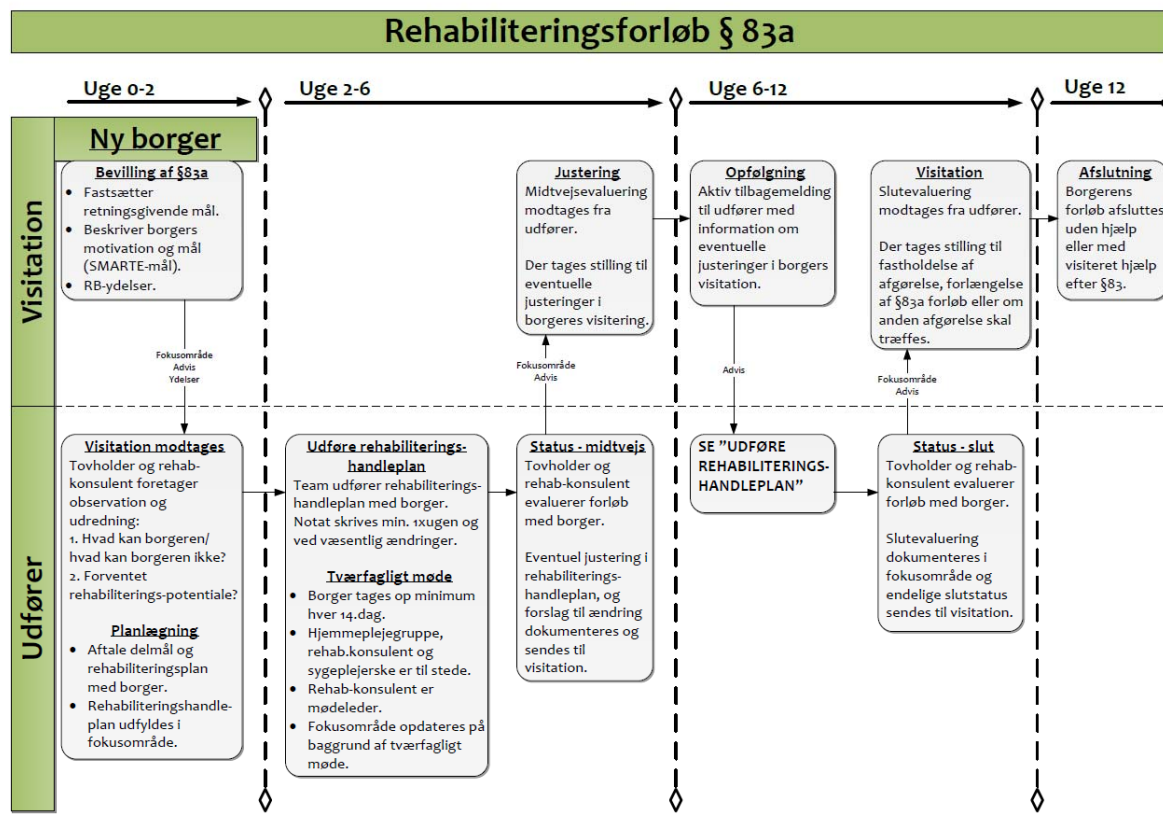
Alle medarbejdere i Hjemmeplejen, Sygeplejen og Træningsteamet har deltaget i fire undervisningsmoduler. Blandt plejepersonalet er der udpeget ca. 18 tovholdere i de tre dagteams fordelt med ca. 6 pr. team, som har modtaget særlig uddannelse i forskellige facetter af hverdagsrehabilitering og dokumentation heraf i kommunens systemer.

Den forandrede tilgang i borgernes forløb er dels struktureret ud fra den lov, der trådte i kraft første januar 2015, § 83a under Lov om Social Service. I Egedal Kommune er det således hensigten, at ny-visiterede borgere, hvor der er et rehabiliteringspotentiale, skal henvises efter denne paragraf og modtage et tidsafgrænset rehabiliteringsforløb (på maks. 12 uger) baseret på individuelt tilpassede SMARTE-mål (Specifikke, Målbare, Attraktive, Realistiske, Tidsbestemte, Evaluerbare), se Figur 2.1 nedenfor. Potentialet for at fastholde funktionsniveauet eller udvikle kompetencer hos borgere, der er tilknyttet hjemmeplejen under § 83, skal løbende vurderes, og også for dem skal der sættes mål og arbejdes mod at nå disse, hvorefter hjælpen skal



tilrettes, så den passer til borgerens aktuelle behov (Egedal Kommune [U.å.]). Inden 2017 skal alle borgere, der ved projektets opstart var visiteret til § 83-forløb, være revurderet.

**Figur 2.1** Work-flowet, der er udviklet for rehabiliteringsforløb, § 83a



### 3 Metoder

For at få indsigt i, hvordan der arbejdes med Det Gode Hverdagsliv, og hvordan det Gode Hverdagsliv opleves, har evaluator foretaget tre observationsdage, et informationsinterview samt ni fokusgruppeinterviews.

De tre observationsdage fulgte evaluator fire medarbejdere med forskellige roller i Det Gode Hverdagsliv gennem en arbejdsdag:

- En visitator
- En teamleder
- En tovholder
- En rehabiliteringskonsulent

Her så evaluator, hvordan medarbejderne håndterede en række af de hverdagsopgaver, der kendetegner deres arbejde, og der var rum til, at vi undervejs talte om deres praksisser og tanker bag dem. På den måde fik evaluator indsigt i arbejdsgangen set fra de forskellige positioner; de redskaber, som de forskellige aktører anvender, og deres samarbejde med såvel andre fagpersoner som borgerne.

Informationsinterviewet blev gennemført med projektlederen og gav indsigt i processen med at introducere Det Gode Hverdagsliv i organisationen.

I de ni fokusgruppeinterview deltog:

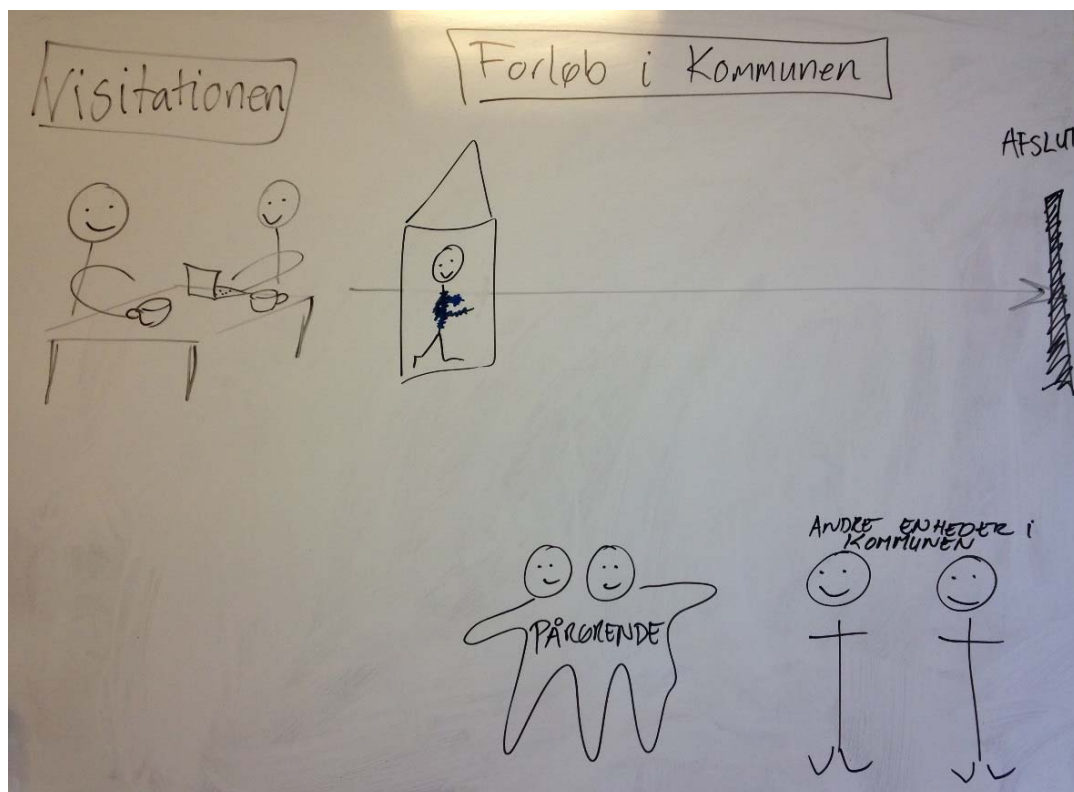
1. Nye borgere i hjemmeplejen (fire personer, hvoraf to ikke modtog hjemmepleje længere)
2. Hjemmesygeplejersker (syv personer, heraf en leder)
3. Rehabiliteringskonsulenterne (tre personer)
4. Visitationen (fem visitatorer, en teamleder for visitationen til Træningsteamet og en teamleder for visitationen til hjemmeplejen)
5. Træningsteamet (syv trænere og en teamleder)
6. Tovholdere fra hjemmeplejen (seks personer, heraf to fra aftenvagten og fire i dagteams. En person viste sig ikke at være tovholder, mens yderligere to personer havde frabedt sig at være tovholdere og i praksis ikke oplevede at være det og/eller kun havde meget begrænset erfaring med rollen)
7. Områdeledere (tre personer)
8. Teamledere fra Hjemmeplejen (fire personer)
9. Borgere, der i længere tid havde modtaget hjemmepleje (tre personer, der havde modtaget hjemmepleje gennem længere tid, men også havde afsluttet store dele af deres ydelser)

Fokusgruppeinterviewene handlede om, hvordan deltagerne oplevede forløb i regi af Det Gode Hverdagsliv samt hjemmepleje generelt. De var guidet af kronologien i borgerens forløb som illustreret i Figur 3.1 samt Figur 2.1. Det indledende spørgsmål var: *"Hvordan kommer borgerne/I ind i et forløb i kommunen?"*, hvorefter interviewene formede sig som fortællinger om borgernes forløb fra indgang til evt. afslutning af forløbet i kommunen. Fortællingerne afdækkede forskellige emner. Disse emner var inspireret af eksisterende viden fra andre kommuners arbejde med at implementere en hverdagsrehabiliterende tilgang, men i særlig grad af observationerne og samtalerne med aktørerne om Det Gode Hverdagsliv i forbindelse med observationerne. Emnerne omfattede følgende:

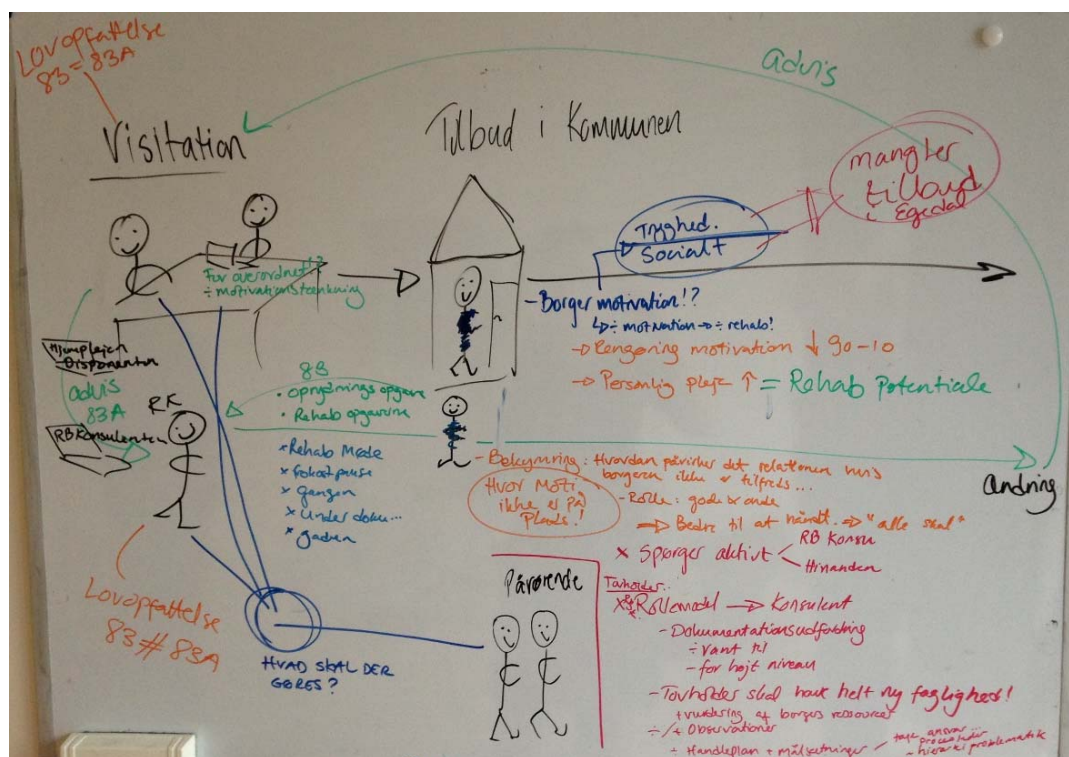
- Hvad er rehabilitering?
- Interviewpersonernes konkrete arbejde i et borgerforløb/eget forløb
- Samarbejdet mellem borger og medarbejder – og borgernes indstilling til det at modtage hjemmepleje
- Mulighederne/barriererne for at arbejde rehabiliterende
- Forskellen mellem kompenserende hjælp, en aktiverende og en rehabiliterende tilgang
- Samarbejdet med andre aktører/teams, herunder rollefordelingen i samarbejdet med borgeren
- Hvordan medarbejderne oplever, at forløb er anderledes i dag sammenlignet med tiden før Det Gode Hverdagsliv
- Skabelsen af forandrede praksisser

For at skabe den bedst mulige dynamik i fokusgrupperne og for at fremme interviewpersonernes refleksion undervejs tegnede/skrev evaluator interviewpersonernes input ind i den simple figur, der også var grundstammen i interviewguiden, se Figur 3.1. Figuren, der var tegnet på et whiteboard, illustrerer starten og afslutningen af et borgerforløb, og undervejs i interviewet blev figuren således fyldt ud med en kronologisk beskrivelse af de forløb og samarbejder, opfattelser, muligheder og barrierer, som interviewpersonerne beskrev. Ved at fylde figuren ud undervejs så deltagerne deres egne beskrivelser give form til, hvad deres arbejde er, og de muligheder/barrierer de ser i det, ligesom de kommenterede og udfoldede hinandens beskrivelser. Denne tilgang gav med andre ord et rigt materiale. Figur 3.1 viser således en tom figur, dvs. hvordan den så ud før et fokusgruppeinterview, mens Figur 3.2 illustrerer, hvordan den så ud efter interviewet.

**Figur 3.1** Illustration af den figur, der blev anvendt til at fremme refleksionen i fokusgruppeinterviewene, som den tog sig ud forud for interviewet



**Figur 3.2** Et eksempel på, hvordan figuren, der anvendes til at fremme refleksionen i fokus-gruppeinterviewene, tog sig ud efter et interview



I forbindelse med analysen af empirien blev fokusgruppeinterviewene optaget og gennemlyttet samt delvist transskriberet. Vi foretog en indholdsanalyse af det samlede empiriske materiale, hvorved vi belyste udviklinger, muligheder for yderligere udvikling og barrierer herfor, de interviewedes oplevelse af Det Gode Hverdagsliv samt forskelle i tilgangen, nu sammenlignet med før introduktionen af Det Gode Hverdagsliv. Herudover foretog vi samme analyse for hvert trin i flowchartet, se Figur 2.1, for at sikre, at evalueringen udtaler sig om, hvordan der arbejdes i forhold til den arbejdsgang, der er besluttet, og hvilke muligheder og barrierer der er for, at der arbejdes i overensstemmelse med den.

I analyserne inddrog vi desuden ny-institutionel organisationsteori, hvor vi bl.a. fokuserede på, hvordan de forskellige aktører gennem deres argumenter legitimerer og delegitimerer forskellige måder at arbejde på. Begrebet legitimering anvendes i organisationsteorien til at forstå, hvordan organisationer fungerer, og hvordan forandringsprocesser forløber. Medarbejdere anvender legitimerende eller delegitimerende argumenter, når de skal forklare, hvorfor de gør, som de gør i deres arbejde, såvel som når de forsøger at forme deres arbejde, deres vilkår for deres arbejde eller andres måder at arbejde på. Når medarbejdere anvender legitimerende eller delegitimerende argumenter, forsøger de at overbevise andre om, at det, de gør, er det legitime at gøre, og at den praksis således bør fastholdes. Den måde, som praksisser legitimeres eller delegitimeres på i organisationer, er således med til at fastholde bestemte praksisser eller fremme forandringer (Bjerregaard 2011, Deephouse & Suchman 2008, Joutsenvirta & Vaara 2009, Reay, Golden-Biddle & Germann 2006, Suchman 1995, Suddaby & Greenwood 2005, Vaara & Monin 2010, Vaara & Tienari 2008, Vaara, Tienari & Laurila 2006, Van Leeuwen & Wodak 1999). Ved at inddrage denne organisationsteori i analyserne kan vi udpege barrierer for, at der sker den ønskede kulturforandring i organisationen, ligesom der kan udpeges muligheder for at fremme processen.

## 4 Fund

I dette kapitel præsenterer vi undersøgelsens fund. I afsnit 4.1 fokuserer vi på, hvordan tilgangen er nu i forhold til tidligere, samt hvilke barrierer og muligheder der er for det videre arbejde med omlægningen. I afsnit 4.2 præsenterer vi, hvordan borgerne har oplevet at modtage hjælp i regi af Det Gode Hverdagsliv.

### 4.1 Forskelle i tilgangen nu og før omlægningen, barrierer og muligheder for den videre omlægning

I de følgende underafsnit udfolder vi centrale måder, som praksis fungerer på, og de muligheder og barrierer for omlægningsprocessen, der er indlejret.

#### 4.1.1 Plejepersonalet tænker mere aktiverende og rehabiliterende

Alle medarbejdere i kommunen oplever, at plejepersonalet i langt højere grad end tidligere arbejder aktiverende og/eller rehabiliterende. Det ses fx ved, at plejepersonalet bringer observationer af borgerne op i formelle såvel som uformelle møder med hinanden – med et klart fokus på borgerens ressourcer, og hvordan de aktiveres. Fokus i dette kan være en aktiverende tilgang, hvor funktionsniveauet fastholdes, og en rehabiliterende tilgang, hvor der er fokus på at øge borgerens funktionsniveau og dermed også at afslutte ydelser. Visionen om at skabe en aktiverende og rehabiliterende kultur i Hjemmeplejen er således på vej til at blive virkelighed.

Særligt synligheden i hverdagen af den aktiverende/rehabiliterende tilgang opfattes som en væsentlig årsag til, at der i meget større grad end tidligere tænkes og tales om rehabilitering. Synligheden er bogstavelig og manifesteret som en tavle, hvor fokus i borgerens rehabiliterende forløb er skrevet op, såvel som ved de ugentlige rehabiliteringsmøder og ikke mindst rehabiliteringskonsulentens daglige tilstedeværelse i dagteamene. Rehabiliteringskonsulenterne beskrives som et vigtigt bindeled mellem teori og praksis, som motivatorer, idé-generatorer og endelig som dem, der fastholder det aktiverende/rehabiliterende fokus hos plejepersonalet. En teamleder udtrykte det således:

*Det med fastholdelse – jeg tror, det har kæmpe betydning, at vi har rehabiliteringskonsulenterne ude i teamene. For hvis ikke vi har dem, så er der ikke nogen, der kan gribe boldene. Det er en kæmpe opgave, og de er dygtige til at tænke, hvordan man kan aktivere og rehabilitere og få medarbejderne til at tænke over det. (Teamleder)*

Den kompenserende tænkning lever dog også stadig. Plejepersonalet bringer en række forskellige rationaler i spil for at finde ud af, hvilken form for hjælp en borger skal modtage:

1. Han/hun kan godt selv... hvis bare vi gør sådan...
2. Når man er så gammel, så er det kun rimeligt at kunne få noget hjælp...
3. Når man lige er opereret, så har man da vel lov til at få noget hjælp...
4. Hun/han er bare så sød...

Punkt 2-4 er eksempler på rationaler, der bringes i spil, når medarbejdere argumenterer for, at borgerne skal fastholde eller have en primært kompenserende hjælp. Det kan være en omstændighed i borgerens liv – at vedkommende er gammel eller nyligt opereret – der berettiger et bestemt niveau af hjælp, uden at der argumenteres for, hvordan alderen eller operationen påvirker borgerens funktionsniveau (punkt 2 og 3). Herudover er der et "sympati-argument" (punkt 4). Medarbejderen kan lide en borger, og det giver lyst til at samarbejde med borgeren

– evt. med det resultat, at der fastholdes et højere niveau af hjælp, end hvad borgerens potentiale berettiger til.

Når argumenterne 2-4 bringes i spil på fx rehabiliteringsmøderne, indtager især rehabiliteringskonsulenten en rolle som kulturforandrer ved at fastholde, at plejepersonalet skal fokusere på borgerens aktiverende/rehabiliterende potentiale. Det fremgår bl.a. af observationen nedenfor.

En borger drøftes til det ugentlige rehabiliteringsmøde. Hun er blevet opereret, men er nu hjemme igen. Plejepersonalet fortæller, hvordan hun klarede tingene før operationen: *"Hun kunne bare det hele"*. Ofte, når de kom, så var hun i fuld gang. Der grines undervejs i fortællingen, for der er mange pudsige facetter, og mange er kommet hos hende og bidrager med deres oplevelser. Nu efter operationen får hun en fuldt kompenserende hjælp.

Undervejs i fortællingen bryder rehabiliteringskonsulenten ind og spørger, om de har en plan for, hvordan borgeren selv kommer til at varetage opgaverne igen. Medarbejderen, der fører an i fortællingen, affejer rehabiliteringskonsulenten. *"Ej altså, når man lige er kommet hjem fra hospitalet og er blevet opereret, så er det da kun rimeligt, at man får serveret kaffen"*. Rehabiliteringskonsulenten holder fast og begrundes, at det er rimeligt, at man får det, indtil man kan igen, men at det er vigtigt, at man kommer hurtigt i gang med at klare det selv, for at vente gør det kun sværere. Medarbejderne holder også fast. Særligt tre plejepersonaler deltager og siger, at borgeren her nok skal komme til at kunne selv, men at lige nu, efter en operation, er det rimeligt, at hun får en kompenserende hjælp. Efter en operation, og når man ovenikøbet er en gammel dame, som borgeren er, så er det rimeligt, pointerer de og bakker hinanden op. Med deres erfaringer med borgeren er det desuden ikke vigtigt, at de, plejepersonalet, fokuserer på det, for det skal borgeren nok selv gøre. De forsikrer rehabiliteringskonsulenten om, at det nok skal komme helt af sig selv.

På den måde argumenterer de frem og tilbage – rehabiliteringskonsulenten, der forsøger at få plejepersonalet til at lægge en plan for at aktivere/rehabiliterer borgeren, og plejepersonalet, der forsøger at fastholde rimeligheden i at give kompenserende hjælp for en tid. Diskussionen ebber ud, uden at der træffes beslutning om, hvordan der skal arbejdes med borgeren.

Det er således en opfattelse af, hvordan borgerens situation og personlighed indvirker på deres ret til hjælp, der skal forandres, for at der arbejdes aktiverende/rehabiliterende. Hvis man anskuer observationen ovenfor som en forhandling om, hvordan der skal arbejdes med borgeren, står de medarbejdere, der i observationen argumenterer imod en aktiverende/rehabiliterende tilgang, umiddelbart stærkt, idet deres argumenter bygger på en moralsk legitimering af at yde en kompenserende hjælp (jf. Suchman 1995, Suddaby & Greenwood 2005, Vaara & Monin 2010, Vaara, Tienari & Laurila 2006, Van Leeuwen & Wodak 1999). Det vil med andre ord sige, at de forsøger at fastslå, at når de yder en kompenserende hjælp, så gør de det, der er *det rigtige at gøre*. Hvad der er *det rigtige* at gøre i dette argument, er sammenfaldende med omsorgstænkningen. Omsorgstænkningen har været det bærende paradigme<sup>1</sup> inden for hjemmepleje, og det paradigme, som den aktiverende/rehabiliterende tænkning dels siges at skulle afløse, dels ofte støder sammen med. I projektdokumentet for Det Gode Hverdagsliv er en af risiciene for, at projektet lykkes i overensstemmelse hermed, defineret som at *paradigmeskiftet*

<sup>1</sup> Fordi ordet paradigme er det, der anvendes af praktikerne i kommunen, anvender vi også ordet her for at sikre den bedst mulige kommunikation af undersøgelsens fund. Da vi baserer analyserne på nyinstitutionel teori, er det dog reelt logikker, vi mener, når vi skriver paradigmer.

*ikke vil lykkes* (Egedal Kommune [U.å.]). Det kræver vedholdenhed over tid at indarbejde de nye arbejdsmåder og få medarbejderne til at opfatte det nye som den foretrukne og etisk korrekte praksis. Den diskussion, som er beskrevet i observationen, viser således, at der stadig arbejdes med at etablere nye praksisser i Hjemmeplejen – ikke mindst nye måder at forstå, hvad der er *det rigtige at gøre* i arbejdet med borgeren.

### **Muligheder og barrierer...**

Det er en stor ressource for den fortsatte forandringsproces, at store dele af medarbejdergruppen med lyst og faglig interesse anvender og afprøver den aktiverende/rehabiliterende tænkning i deres arbejde. Lysten viser, at mange medarbejdere finder det legitimt at arbejde aktiverende/rehabiliterende med borgerne, og at lyst er en væsentlig faktor for, at de gør det. I det omfang, det er ønsket at styrke den rehabiliterende tænkning i arbejdet, bør medarbejderne fortsat motiveres til at reflektere over og afprøve aktiverende/rehabiliterende tilgange, og det er oplagt, at motivationen i hverdagen fortsat kommer fra sparringen med rehabiliteringskonsulent og kolleger. Rehabiliteringskonsulenten har en unik position til dette, da vedkommende allerede er til stede i dagteamene og fastholder fokus på den aktiverende/rehabiliterende tilgang.

Forandringer af praksis sker i et langt, sejt træk, hvor der sandsynligvis i lang tid vil være stor risiko for, at medarbejderne falder tilbage i den kompenserende praksis, hvis den daglige støtte til at tænke og arbejde aktiverende/rehabiliterende falder bort. Og den kompenserende tænkning og praksis er stadig tydeligt tilstede i organisationen. Ved fortsat at lade rehabiliteringskonsulenten være til stede i teamet, vil omstillingen fremdeles blive understøttet, og det undgås, at praksis falder tilbage til hovedsageligt at være kompenserende. I tråd hermed kan der også tilknyttes en rehabiliteringskonsulent til aften-/nat-teamet.

For at gøre det legitimt for de medarbejdere, der stadig trækker på omsorgslogikken og en kompenserende hjælp, at arbejde rehabiliterende/aktiverende, er det oplagt at arbejde med, at disse medarbejdere kommer til at opfatte det som etisk forsvarligt at arbejde på de nye måder. Det kan fx gøres ved, at årsagen til, at det opfattes korrekt at arbejde kompenserende med en borger, fortsat bliver diskuteret, og at der indgås et samarbejde mellem medarbejdere med en kompenserende henholdsvis aktiverende/rehabiliterende tilgang om konkrete borgere.

#### **4.1.2 Rollerne 'good cop'/'bad cop'**

Som i bedste krimistil anvender medarbejdere rollerne 'good cop'/'bad cop' for at få samarbejdet med borgerne til at fungere. I dette afsnit forklarer vi hvordan, og hvad følgerne af det er.

Rehabiliteringskonsulenterne oplever, at plejepersonalet søger viden og vurderinger af borgerens ressourcer, og at de gør det med lyst. Samtidig er der dog også meget på spil for plejepersonalet, som med den aktiverende/rehabiliterende tilgang indtager en anden rolle i samarbejdet med borgeren, end de hidtil har gjort. I den kompenserende hjælp indtager plejepersonalet en servicerende rolle, mens de med den aktiverende/rehabiliterende hjælp stiller krav til borgeren, og plejepersonalet oplever, at nogle borgere eller pårørende reagerer negativt på dette. De bliver fx vrede, og det udfordrer samarbejdsrelationen mellem plejeperson og borger og/eller pårørende. Snarere end at plejepersonalet har påtaget sig rollen som 'krævende samarbejdspartner', har der udviklet sig en rollefordeling mellem plejepersonalet og rehabiliteringskonsulenten, hvor rehabiliteringskonsulenten placeres i/indtager rollen som "den onde", der stiller krav til borgeren, mens plejepersonalet holder sig mere i baggrunden og indtager rollen som "den gode", der hjælper borgeren med at honorere de krav, der stilles. Rollefordelingen beskrives også af interviewdeltagere som *en bølgebryder* for plejepersonalets samarbejde med borgerne. En teamleder forklarer rollerne således:



*Rehabiliteringskonsulenten er "the bad guy" ude hos borgeren. Vedkommende kan sige til borgeren: "Hør her, det er ikke noget valg, det her, det er den vej, vi kører". Sådan at det ikke er medarbejderne, der skal komme i hjemmet mange gange efterfølgende, der bliver skurken. (Teamleder)*

Når rehabiliteringskonsulenterne indtager rollen som de krævende, skabes der rum for, at plejepersonalet i fordragelighed kan arbejde på at nå de stillede mål sammen med borgeren. Den beskrevne observation i nedenstående boks illustrerer, hvordan rollerne fx gives og indtages.

Rehabiliteringskonsulenten og tovholderen møder hinanden ved borgerens hus. De taler kort om det forestående møde, og rehabiliteringskonsulenten spørger tovholderen, om hun vil lede mødet. *"Nej, det skal du – du skal være den onde"*, siger tovholderen med et glimt i øjet. Efter lidt grinen svarer rehabiliteringskonsulenten: *"Okay"*, men understreger også, at tovholderen jo selv skal begynde at lede møderne. *"Det ved jeg"*, smiler tovholderen. Vi ringer på hos borgeren, som åbner døren og byder os indenfor. Rehabiliteringskonsulenten og tovholderen præsenterer sig og fortæller, at de er kommet for at tale om, hvorvidt borgeren har brug for hjælp til rengøring eller til at lære at gøre rent på en anden måde, som jo er den måde, de arbejder på i deres rehabiliteringsprojekt. Borgeren undrer sig: *"Ja hvad er det egentlig for noget, det projekt. Jeg har altså været i fødevarerbranchen i 50 år, så I kan ikke lære mig noget om at gøre rent"*, siger han. *"Nej, men måske nogle andre måder at gøre det på, så det ikke er så hårdt"*, uddyber rehabiliteringskonsulenten og spørger, om vi ikke lige kan sidde ned og snakke om det. Borgeren byder os at sidde ned, og rehabiliteringskonsulenten spørger ind til, hvordan borgeren har det. Han fortæller om sin tilstand, og det bliver hurtigt klart, at han regner med snart at have det så godt igen, at han kan klare alt selv. Samtalen tager flere runder, hvor der fokuseres på borgerens tilstand, hans netværk, hans oplevelse af tryghed ved at varetage rengøringen, og ikke mindst hvordan han gør det. Borgeren ønsker ikke hjælp fra kommunen og er meget motiveret for selv at klare rengøringen. Selvom tovholderen afviste at ville være mødeleder, bliver hun aktiv undervejs – og tager i dele af mødet over og spørger borgeren, motiverer borgeren og forklarer om rehabilitering.

I observationen ovenfor fordelte tovholderen rollerne mellem sig og rehabiliteringskonsulenten umiddelbart før mødet. Undervejs i mødet viser det sig, at rollerne er overflødige, for der er ingen ond henholdsvis god medarbejder. Det at stille krav til borgeren er ikke problematisk i dette tilfælde, og tovholderen går ind og varetager opgaven med at spørge ind til borgerens situation og potentialer.

Mens rollefordelingen kan få samarbejdet med borgeren til at glide i praksis, er det dog ikke en holdbar rollefordeling, da plejepersonalet på sigt skal køre rehabiliteringsforløbene uden rehabiliteringskonsulentens direkte involvering. For at det kan ske, er det nødvendigt, at plejepersonalet opbygger erfaringer med at indtage rollen som den, der 'stiller krav'.

Rehabiliteringskonsulenterne og tovholderne oplever også, at "den onde"-rollen tildeles dem af kolleger fra andre dele af organisationen. Rehabiliteringskonsulenterne har fx oplevet, at borgerne efter visiteringen kan være usikre på, hvilken type forløb de er visiteret til, og at borgerne var negativt indstillet over for dem forud for opstartsmødet.

*Jeg kan huske, at jeg kom ud til én, der havde fået at vide, at hun skulle have et rengøringskursus, men hvad det var og hvorfor, vidste hun ikke. Og jeg måtte forklare, at: "Nej nej, nu er jeg her, og du skal ikke have et kursus, vi skal bare se,*



*hvad vi kan hjælpe dig med". Det er blevet bedre, men så sent som den anden dag blev jeg kaldt 'den onde djævel', da jeg kom ud til en borger for første gang: "Nå, så det er dig, der er den onde djævel". Hvor har han det fra? For det er kun Visitationen, der har været og fortælle om, at jeg skulle komme. Og det lyder jo ikke specielt attraktivt at få besøg af den onde djævel! (Rehabiliteringskonsulent)*

Frem for at Visitationen påtager sig ansvaret for at tildele borgeren en rehabiliterende indsats og dermed evt. skuffe borgerens forventninger om en kompenserende indsats, oplever Hjemmeplejen således i nogle tilfælde, at Visitationen lægger det over på dem at skulle repræsentere beslutningen om, at borgeren ikke kan få en kompenserende hjælp – en rolle, de ikke ønsker at påtage sig, dels fordi de jo netop ikke bestemmer, hvad borgerne kan modtage, dels fordi det skaber et dårligt udgangspunkt for samarbejdet med borgeren om hans/hendes forløb.

Sygeplejen, som også er i kontakt med borgerne, kender også til rollen "den onde", men de deltager ikke i forhandlingen om den. De hører om den fra borgerne, der bruger Sygeplejen til at få luft for deres frustrationer over, at Hjemmeplejen stiller krav til dem om aktiv deltagelse. Sygeplejen indtager således en medierende rolle i samarbejdet mellem Hjemmeplejen og borgeren:

*Jeg oplever også, at jeg har været sparringspartner for borgeren nogle gange, hvor borgeren har sagt til mig: "... og så kom der én i går og forlangte, at jeg selv skulle... og nu har jeg betalt skat i alle disse år!". Det har jeg oplevet en del gange, hvor jeg så fortæller, at det er jo for, at du kommer i gang med at bruge de kræfter, du har, og at du ikke skal vente på at hjemmehjælpen kommer, men at du kan få kaffen, når du har lyst, og sådan, og ... 'nåh ja, det er jo også godt'. Sådan at få vendt holdningen derude, sådan at det ikke opfattes som, at nu skal du bare selv! (Sygeplejerske fra Sygeplejen)*

På tværs af teamene oplever de også, at de er blevet bedre til ikke at placere hinanden i "den onde"-rollen, men derimod at give den til beslutningstagerne – politikerne. Helst så medarbejderne, at det fra politisk-administrativ side blev meldt ud, hvad man kan og ikke kan modtage hjælp til. Da dette ikke er sket, eller da borgere og pårørende ikke er bevidste om det, anvender personalet i hverdagen formuleringer som: "Det er ikke kun dig, fru Hansen, det er alle, der skal, og hvis man kan selv, så skal man selv. Det kan godt være, du er sur, men det ændrer ikke noget", eller blot: "Det er politisk bestemt, at du ikke kan få...". Herved kan medarbejderne indtage rollen som en samarbejdspartner, der hjælper borgeren til at honorere de krav, andre har stillet. Ved denne taktik er det dog værd at holde sig for øje, at der ikke opbygges lyst og motivation hos borgeren for det tilbud, borgeren kan modtage, men en accept hos borgeren af, at han/hun ikke kan forhandle med hjemmeplejeren om det.

### **Muligheder og barrierer...**

Fordelingen af "den gode"-rollen og "den onde"-rollen er både en måde at fralægge sig ansvaret på og en måde, hvorpå medarbejderne får det aktiverende/rehabiliterende arbejde til at fungere. En altoverskyggende årsag til, at det fra KORAS side primært ses som en barriere for det aktiverende/rehabiliterende arbejde, er følgende:

- Det besværliggør andre medarbejderes samarbejde med borgeren
- Det er på sigt meningen, at tovholderne skal afholde opstartssamtaler med borgerne uden rehabiliteringskonsulentens deltagelse, og dermed vil skulle indtage rollen som "den onde" – altså dem, der spørger ind til og sammen med borgeren lægger en konkret plan for, hvordan hans/hendes ressourcer bringes i spil. Det er derfor vigtigt, at de kan indtage rollen som den, der står inde for en aktiverende/rehabiliterende dagsorden

Medarbejderne peger selv på en løsning: at "den onde"-rollen gives til det politiske niveau, og at det fra politisk hold meldes ud, hvad borgerne kan forvente. På den måde kan medarbejderne vedblive at anvende samarbejdsstrategien, hvor de indtager "den gode" rolle.

En anden løsning er at ruste medarbejderne til at indtage rollen som dem, der stiller krav til borgeren. Da barrieren ligger i, at medarbejderne forsøger at undgå en negativ stemning i samarbejdet med borgeren, samt at det for nogle medarbejdere kan opfattes som etisk uforvarsomt at anlægge en rehabiliterende tilgang (se afsnit 4.1.1), kan en del af løsningen være at forbedre følgende:

- Medarbejdernes konflikthåndteringskompetencer
- Argumentationskompetencer, så medarbejderne bliver bedre til at kommunikere til borgeren, hvorfor den aktiverende/rehabiliterende tilgang er en fordel for borgeren, således at borgeren motiveres til denne metode
- Medarbejdernes egen tro på, at et aktiverende/rehabiliterende forløb er til borgerens bedste
- At give medarbejderne muligheder for at tilrettelægge borgerens forløb, så de imødekommer det, der er borgerens barriere for at modtage den aktiverende/rehabiliterende tilgang. Medarbejderne anvender allerede denne tilgang i dag, hvor de fx trapper borgere langsomt ud af forløb for at hjælpe dem bedst muligt over eksempelvis en frygt for at falde, mens de varetager en opgave, eller nænsomt trapper borgeren ud af dét, der for ham/hende er blevet en vigtig social trykthed i hverdagen: besøget fra Hjemmeplejen (se også afsnit 4.1.4).

### 4.1.3 Tovholderrollen skal indtages

I afsnittet ovenfor beskrev vi, hvordan tovholderrollen ændrer samarbejdet med borgerne, og hvordan bl.a. tovholderne indtager rollen ved at anvende rollerne "den gode" og "den onde". Internt i Hjemmeplejen har tovholderrollen endnu ikke ført til den forandring i arbejds-samarbejdet, som det er hensigten. Tovholderen defineres af interviewpersoner som den, der skal sørge for, at

- der er en rød tråd gennem borgerens rehabiliteringsforløb
- dokumentationen er i orden
- kolleger er med i den lagte plan

Det er således en koordinatorrolle, som medarbejderen skal indtage, hvor man også skal indtage en aktiv og ledende rolle på den borgers forløb, man er tovholder for. Denne rolle indtager tovholderne dog kun i ringe grad over for deres kolleger:

*Det er tanken, at tovholderne via samarbejdet med rehabiliteringskonsulenterne skal blive uddannet til at kunne koordinere medarbejdernes arbejde med borgerne. Det er ikke lykkedes, at de kan det 100 %. Det kører stadig i teamet, hvor de tager det op sammen og drøfter det, og det er ikke nødvendigvis tovholderen, der styrer det. Det er typisk rehabiliteringskonsulenten. (Teamleder)*

Frem for at tovholderen fører an og styrer og faciliterer diskussionerne om borgeren, er det rehabiliteringskonsulenten, der gør dette, og praksis er, at der diskuteres forholdsvis åbent frem for styret. Det vil sige, at også i det kollegiale samarbejde synes det at være rehabiliteringskonsulenten, som indtager rollen som den, der kræver noget – i dette tilfælde ikke af borgeren, men af plejepersonalet.

## Muligheder og barrierer...

En væsentlig barriere for, at tovholderen indtager en mere ledende rolle på borgernes rehabiliteringsforløb, kan være, at det ganske enkelt strider imod den gængse praksis, at borgerne gennemgås systematisk på møderne. At diskutere og historiefortælle om borgerne er en etableret og meningsfuld praksis for medarbejderne, som de sandsynligvis ikke reflekterer over i hverdagen, for det er den måde, de plejer at gøre det på. Det betyder, at den konsensusøgende diskussionsform er svær at forandre, og at det kræver en aktiv og vedholdende indsats at gøre det. Herudover er det sandsynligvis også, fordi der ikke er kutyme for, at plejepersonalet indtager en ledende rolle over for hinanden i teamet. De to forklaringer betyder, at der bl.a. skal arbejdes med at implementere en mødeledelse, hvor tovholderne gives en præsenterende, faciliterende og case-ledende rolle, og hvor kollegerne accepterer hinanden som case-ledere, så barrieren kan overvindes.

Barrierer i forbindelse med dokumentation beskrives i afsnit 4.1.5, og barrierer i forbindelse med koordinering beskrives i afsnit 4.1.6.

### 4.1.4 Samarbejdet med borgeren afhænger af borgerens indstilling

Borgerens indstilling til det at modtage hjælp fremhæves af alle interviewede som en væsentlig barriere for at arbejde henholdsvis rehabiliterende og aktiverende med borgeren. Indstillingen kan kategoriseres som to modpoler:

1. Et ønske og en forventning om at blive sørget for – uden lyst til selv at yde
2. En ulyst til at modtage hjælp, en stærk motivation for at kunne klare sig selv, og en lyst til selv at være aktiv

Mellem disse to modpoler beskriver medarbejderne forskellige opfattelser, der ligger til grund for borgernes ønske og/eller forventning om at modtage en kompenserende hjælp, og hvordan disse forskellige opfattelser påvirker, hvordan medarbejderne arbejder med at aktivere borgerne. Det udfolder vi i det følgende.

*“Nye borgere”, der føler, at de har ret til (primært) kompenserende hjælp, men medarbejderne vurderer, at borgeren kan aktiveres.*

*“De forvante borgeres” modvilje mod at skulle deltage aktivt, men hvor medarbejderne vurderer, at borgeren kan være det.*

Borgere, der har modtaget kompenserende hjælp (i måske mange år), bliver sure og frustrerede over ikke længere at kunne få den hjælp, de plejer, på den måde de plejer at få den. Ligeledes kan “nye borgere” have en forventning om, at de skal modtage kompenserende hjælp. Medarbejderne fortæller, at en række forskellige rationaler bringes i spil af borgerne og/eller deres pårørende, for at borgeren skal tildeles kompenserende hjælp eller beholde sit aktuelle niveau af det samme:

1. Jeg/hun/han er gammel – jeg/hun har ret til hjælp!
2. Jeg/hun/han har betalt skat i mange år – jeg/hun/han har ret til hjælp!
3. Jeg/hun/han kan ikke – jeg/hun/han har ret til hjælp!
4. Jeg/hun/han vil ikke – jeg/hun/han har ret til hjælp!
5. Det er dejligt, at hjemmeplejen kommer og ser til mig/ham/hende – jeg/hun/han vil/kan ikke undvære jer!

Uanset årsagen bygger argumentet i punkt 1-4 på en *retsfølelse*, mens punkt 5 bygger på en lyst. Når medarbejderne således opstarter en aktiverende hjælp og/eller arbejder på at afslut-

te/nedtrappe en borgers kompenserende pleje, er deres arbejdsvilkår at arbejde ind i eller ændre disse rationaler hos borgeren. Borgernes modvilje og opfattelse af, at de har ret til noget, som medarbejderne ikke har hjemmel til at give dem, opleves som en belastning af arbejdsmiljøet, fx når modviljen kommer til udtryk som borgerens deciderede udkældning af medarbejderen. For at aktivere denne gruppe af borgere anvender personalet forskellige strategier. De kan:

- Argumentere rationelt, fx "det er ikke noget, jeg bestemmer, det er sådan, det er i kommunen. Kan man selv, så skal man selv", som også beskrevet i afsnit 4.1.2.
- Opmuntre, rose og generelt fokusere på lyst hos borgeren. Denne tilgang baserer sig på en god kemi mellem medarbejder og borger, hvor medarbejderen fx via humor og en god og fælles stemning forsøger at få borgeren til at tage del i opgaverne. De roser for veludført arbejde for at motivere til yderligere deltagelse, og de stiller evt. en gulerod i sigte, fx at de med færre besøg fra Hjemmeplejen vil kunne tilrettelægge deres hverdag, som de ønsker den, fordi de ikke vil skulle indrette sig efter Hjemmeplejen.
- Bygge på en hyggelig stemning/borgerens lyst til at være sammen med medarbejderen. Medarbejderen siger fx til borgeren, at han/hun skal komme med ud i køkkenet, så de kan snakke, og mens de snakker, fordeler medarbejderen opgaverne mellem sig selv og borgeren: "Hvis du lige finder brødet frem, så sætter jeg kaffe over..."

Medarbejdernes strategi til at overkomme dette er i punkt 1 at afværge retsargumentet med et autoritativt argument – det er en autoritet, der har besluttet det, og det kan hverken medarbejderne eller borgerne ændre. I punkt 2 og 3 konfronterer eller adresserer medarbejderne ikke borgernes opfattelse af at have ret til kompenserende hjælp, men forsøger at skabe en tro på, at rehabilitering er muligt, lyst og motivation hos borgeren. I punkt 3 bygges der på borgerens lyst til at opnå et socialt samvær med medarbejderen. Uanset strategi indtager medarbejderen en betydelig anderledes rolle, end den kompenserende hjemmeplejer har indtaget.

*Borgere, der værdsætter hjemmeplejens hjælp, (primært) fordi de er utrygge ved at varetage opgaven, men medarbejderne vurderer, at borgeren kan klare opgaven selv/være aktivt deltagende.*

Blandt alle aktører, borgere såvel som medarbejdere, findes overvejelser om borgerens tryghed – eller rettere utryghed – i forhold til at varetage opgaver selv, og dette element tænkes med ind, når Visitationen tildeler ydelser, når hjemmeplejen og andre aktører interagerer med borgeren, og endelig også i borgerens egen motivation for at ønske hjælp. Borgerens tryghedsformelse er således formende for, om og hvilken indsats der gives, uagtet om det fysiologiske potentiale for at varetage en opgave selv er til stede. Hvis en borger fx er faldet på badeværelset og derfor er blevet utryg ved at bukke sig ned, tildeles en ydelse for at hjælpe borgeren til igen at føle sig tryk og kunne varetage konkrete opgaver. Når hjemmeplejen således vurderer, at borgerne har et potentiale for at varetage opgaver selv, men er bange for det, fx på grund af frygt for at falde, arbejder de for at etablere en følelse af "at kunne" hos borgeren og tryghed ved at udføre opgaven. Det gør de fx ved at trappe deres hjælp ud, og dermed langsomt lade borgeren opbygge troen på at kunne selv. Først står de ved siden af borgeren; senere i et andet rum, og endnu senere ringer de for at høre, om borgeren har klaret opgaven. Samarbejdet med denne gruppe har bl.a. den udfordring, at frygten kan fylde meget og være svær at overkomme.

Der findes også borgere, som reelt modtager tryghedsbesøg, men hvor det i visiteringen hedder noget andet, både inden for Hjemmeplejen og Sygeplejen. Et eksempel er en borger, der modtager hjælp til at komme i bad – bortset fra at plejepersonalet aldrig bader hende; det gør de pårørende. Hjemmeplejen bruger besøget til at tjekke, at alt er ok, og det er der behov for – understreger de – bl.a. i forebyggelsesøjemed. Det medfører selvsagt, at en andel af borgerne

er visiteret til noget, der ikke er deres objektive og aktuelle behov. Medarbejdere fremhæver, at kommunen mangler tilbud, der giver borgerne tryghed i hverdagen, og som kan gøre, at kommunale besøg ikke er nødvendige.

#### *Borgere, der vil selv*

Denne gruppe af borgere bliver vejledt af medarbejderne om mindre belastende måder at udføre opgaverne på. Udfordringen ved samarbejdet med denne gruppe kan være at få borgerne til at tage imod hjælpen samt at varetage opgaverne i et tilstrækkeligt lavt tempo, så de ikke overbelaster sig selv.

#### **Muligheder og barrierer...**

Medarbejderne anvender allerede en række forskellige strategier til at aktivere borgerne eller få dem til at samarbejde om et rehabiliterende forløb, og de diskuterer disse strategier i forhold til konkrete borgere med hinanden. Det er et godt fundament for, at strategierne videreudvikles i hverdagen, og at de forskellige medarbejdere afprøver dem.

Det opleves som en barriere for at kunne afslutte borgere, der ønsker hjemmepleje på grund af utryghed, at der ikke er oplagte tilbud i kommunen at stille borgerne i udsigt – ikke kommunalt finansierede, men blot tilbud. Barrieren ligger naturligvis også hos medarbejderne, der finder det svært at afslutte sådanne borgere alene på det objektive grundlag, at borgeren fysiologisk ikke har behov for hjælpen, hvis de dermed lader borgeren alene med sin utryghed. Det er illegitimt, hvis man arbejder i overensstemmelse med en omsorgslogik, som flere medarbejdere stadig gør. Endelig kan der skabes mere synlighed om denne ydelse, ved at der oprettes en visitering/registrering af disse besøg.

#### **4.1.5 Dokumentation – fungerer endnu ikke som koordinering eller kommunikation**

Det Gode Hverdagsliv er lagt an på, at kollegaer i Hjemmeplejen, via den elektroniske handleplan, skal kommunikere med hinanden om, hvordan der arbejdes med borgeren. De forskellige medarbejdere og teams, der arbejder med en borger, skal altså via dette redskab være opmærksomme på, *at* og *hvordan* kollegaer og andre teams også arbejder med borgeren, og de skal koordinere deres tilgange. Det fungerer ikke optimalt, hverken inden for teamene i Hjemmeplejen eller på tværs af Hjemmepleje, Sygepleje og Træningsteam.

Handleplanen sikrer ikke, at de forskellige teams bliver opmærksomme på, hvad andre teams foretager sig med borgerne. Medarbejderne i de forskellige teams er ikke opmærksomme på det og opsøger sjældent informationen i systemet. Det bliver derfor tilfældigheder, der afgør, om de forskellige teams er bevidste om hinandens tilstedeværelse og indsats.

For medarbejderne i Hjemmeplejen er handleplanen et vanskeligt redskab at anvende, og det vurderes bredt set, at ingen plejepersonaler kan anvende den korrekt. En teamleder beskriver det således:

*Det tager lang tid at implementere nye arbejdsgange. Bare tænk på vores medarbejdere – vi har været i gang nu lidt under et år, og der er ingen af vores medarbejdere, der 100 % kan lave et fokusområde på en § 83a. (Teamleder)*

Særligt problematisk er det for SOSU-hjælperne, mens det er nemmere for SOSU-assistenterne, pointerer flere interviewpersoner. Observationen i nedenstående tekstboks illustrerer, hvordan rehabiliteringskonsulentens og tovholderens samarbejde om dokumentationen kan tage sig ud.

## Dokumentation

Det er midt på dagen, og en tovholder og en rehabiliteringskonsulent har en halv time sammen til at dokumentere om borgere i rehabiliterende forløb. Tovholderen kommer først hen til computeren, logger ind og sidder herefter og venter på rehabiliteringskonsulenten. Først da hun kommer, går dokumentationsarbejdet i gang. De drøfter kort, hvem de skal skrive om – der er tre at vælge imellem; tre borgere, hvor de har arbejdet rehabiliterende under § 83a siden sidste dokumentationstid. De beslutter at starte med en slutevaluering af en borger.

Det er tovholderen, der sidder ved tastatur og mus. Hun kan ikke huske, hvor hun skal trykke for at komme ind det rette sted i rehabiliteringshandleplanen, og rehabiliteringskonsulenten guider. "Her", "så er det den fane" og lignende. De kommer ind det rette sted, og rehabiliteringskonsulenten udpeger, hvilket fokusområde de skal evaluere, og hvor evalueringen skal skrives.

Tovholderen smågriner lidt mens hun guides – det virker, som om det er hendes egen forvirring over systemet og dokumentationsopgaven, hun griner af. Rehabiliteringskonsulenten smiler, mens hun guider, og kommer med opmuntrende kommentarer, når tovholderen kommer i tanke om, hvordan systemet fungerer, og hvor hun skal skrive.

Tovholderen foreslår noget, de kan skrive, stadig lidt smågrinende og famlende: "Borgeren klarer nu selv ADL... nej selvstændigt... nej, lyder det helt åndssvagt?", spørger hun rehabiliteringskonsulenten, som siger, at det lyder fint, mens hun leder tovholderens opmærksomhed hen på den tekstboks, hvor målene for fokusområdet er noteret. "Det er det, vi skal evaluere", siger hun, "synes du, at det, du skriver, dækker det?", spørger hun åbent. De diskuterer lidt, hvad ADL dækker over. Omfatter det fx også, at borgeren kan vaske sit hår, og er det tydeligt for andre, der læser slutevalueringen? Det vurderer tovholderen, at det er, og det er det, hun skriver – langsomt, mens hun finder tasterne. Rehabiliteringskonsulenten foreslår, at tovholderen skal sætte et punktum, men tovholderen forklarer, at dem sætter hun altid først til sidst.

Den halve time fortsætter på samme måde, hvor tovholderen er usikker på, hvad hun skal skrive – er usikker på, om det lyder relevant og korrekt eller tværtimod åndssvagt, og spørger rehabiliteringskonsulenten om det. På denne måde stykkes en slutevaluering langsomt sammen, hvor tovholderen guides til at tænke over forløbet og til at fokusere på kun det fokusområde, der evalueres, ikke på andet i borgerens liv. Og så alligevel foreslår tovholderen, at de skal tilføje, at borgeren snart skal opereres, selvom det ikke er relevant for punktet, der evalueres, og det kommer med i evalueringen. Rehabiliteringskonsulenten forklarer efterfølgende, at det er, fordi det kan være god information til Visitationen – selvom det ikke har noget med slutevalueringen at gøre som sådan. På den halve time når de at udarbejde denne slutevaluering, som består af tre sætninger. For at nå at få dokumenteret for de øvrige borgere aftaler de, at de skal bede om ekstra dokumentationstid hos koordinatoren, og rehabiliteringskonsulenten siger, at hun alene vil dokumentere på en borger, fordi dokumentationen haster.

Det at skrive i handleplanen volder således problemer for en stor del af medarbejderne. Problemerne skyldes følgende:

1. Medarbejderne ikke kan finde rundt i dokumentationssystemet. De skriver så forholdsvis sjældent, at de ikke får opbygget fortrolighed med systemet og derfor ikke kan huske, hvor de skal skrive hvad. For tovholdere på rehabiliteringsforløb er der afsat en halv time ugent-

ligt til dokumentation, men dels overholdes dette ikke, dels er den afsatte tid for langt de fleste alt for sparsom til, at de kan nå at dokumentere tilstrækkeligt.

2. Medarbejderne ved ikke, hvad de skal skrive. Handleplanen baserer sig på, at der oprettes fokusområder, hvor der formuleres mål, der skal arbejdes frem imod. For en del medarbejdere er selve formuleringen af et fokusområde og den senere beskrivende opfølgning på, hvordan det går med at nå målene, ikke en indlysende og enkel opgave.
3. En del medarbejdere er ikke fortrolige med at skrive – de er usikre på ordvalg, sætningskonstruktioner og formuleringer. Det betyder bl.a., at dokumentationsopgaven kan være både uoverskuelig at varetage selvstændigt og ubehagelig – og noget, der nedprioriteres.
4. Ovenstående årsager og kombinationen af dem medfører, at det at skrive tager lang tid for medarbejderne. Da rehabiliteringskonsulenterne sidemandsoplærer tovholderne i dokumentation, er en pragmatisk løsning blevet, at rehabiliteringskonsulenterne ofte varetager hele eller dele af dokumentationsopgaven, fordi de så sikrer sig, at det bliver gjort, og at det bliver gjort "godt nok".

*Rehabiliteringskonsulenterne ved jo lige nøjagtig, hvordan man skal dokumentere, og det er både godt og skidt. Godt, fordi de kan lære medarbejderne det, men skidt, fordi de også er meget styrende i processen. Og det ved de også godt, og de ved, de skal trække sig, men er også sådan: "... ej, det er nemmere, hvis jeg gør det, og så bliver det gjort i det rigtige fagsprog". Vi har et godt samarbejde, men de kører heroppe, og medarbejderne kører hernede (markerer oppe og nede med hånden), og rehabiliteringskonsulenterne skal øve sig i at kravle ned og blive mere ligeværdige i deres tilgang. (Teamleder)*

Det 'bider sig naturligvis i halen', at rehabiliteringskonsulenten overtager opgaven, for dermed får tovholderne mindre erfaring med at dokumentere, og opgaven fortsætter med at forekomme uoverskuelig:

5. Som det også ses i citatet i punkt 4, er der usikkerhed om, hvilket fagligt niveau dokumentationen skal være på. Dokumentationen baserer sig på medarbejderens observationer og vurderinger af borgeren, og rehabiliteringskonsulenterne har med udgangspunkt i deres baggrunde som fysio- og ergoterapeuter sat et niveau for observationer og vurderinger samt for den måde, disse skal formuleres på skrift, som komplicerer opgaven for de medarbejdere, der har svært ved at strukturere deres tanker i overensstemmelse med dokumentationssystemet og i at formulere sig på skrift.
6. Medarbejderne har en anden kommunikationsvej, som fungerer for dem i hverdagen. Kommunikationsvejen er mundtlig overlevering/dialog/diskussion, som alt sammen finder sted, når medarbejderne mødes – uformelt som formelt. Her deler de erfaringer med og viden om borgerne, og de giver hinanden ideer til det videre arbejde med borgeren. De kan opdage, at de ikke arbejder i overensstemmelse med de fokusområder, der er sat, eller de kan udfordre dem og sige, at der skal arbejdes mere aktiverende/rehabiliterende med borgeren, end målene angiver. Den mundtlige, formelle og uformelle sparring er en stor ressource i forhold til at skabe en forandring i medarbejdernes praksis, men hermed ikke være sagt, at den fungerer optimalt i forhold til at sikre, at alt i et forløb er aktiverende/rehabiliterende. Den er således også en hindring for, at den nye kommunikationsvej – rehabiliteringsplanen – tages i brug som ønsket.
7. Endelig fungerer teknikken ikke optimalt, hvilket betyder, at medarbejdere i to af de tre teams dagligt oplever, at de ikke kan komme ind på handleplanen via tablet i forbindelse med deres besøg hos borgerne på grund af tekniske problemer, ligesom der i alle teams er medarbejdere, der har svært ved at finde ud af at anvende tablet. Uanset årsagen kan de altså ikke opdatere sig på borgerens handleplan i umiddelbar forbindelse med besøget, lige-

som de heller ikke kan dokumentere deres besøg i handleplanen umiddelbart efter besøget. Oplevelsen af, at it-systemet sjældent fungerer optimalt, er meget demotiverende for mange medarbejdere, ligesom det hindrer en fleksibel dokumentationspraksis.

De syv punkter bestyrker hinanden. Manglende kompetencer og personlig usikkerhed fører til, at medarbejdere ikke tager selvstændigt initiativ til at dokumentere, og det har ført til, at rehabiliteringskonsulenterne har taget over for at sikre, at dokumentationen blev gennemført. Det – sammen med generelt for lidt afsat tid til at dokumentere – har således også ført til, at tovholderne har haft mindre berøring med systemet og derfor ikke er fortrolige med det. Når rehabiliteringskonsulenterne har dokumenteret og i det hele taget været sidemandsoplærere af tovholderne, har de med deres faglighed sat niveauet for dokumentationen, hvilket er et niveau, som tovholderne ikke synes at kunne honorere. Endelig har de allerede en praksis, der fungerer for dem – den mundtlige kommunikation. Flere af ovenstående barrierer for brugen af skriftlig dokumentation er også fundet i andre undersøgelser. For eksempel finder en undersøgelse foretaget af KORA, at der er stor forskel på SOSU-assistenters og SOSU-hjælperes praksis, og at særligt SOSU-hjælpernes formidling om borgerne foregår mundtligt, hvor de i fællesskab finder løsninger på evt. problemstillinger. Også denne undersøgelse peger på, at både brugen af teknologi og det at skrive er udfordrende opgaver for SOSU-hjælperne, og også her var det at dokumentere en opgave, som blev gennemført i fællesskab med kollegaer, hvor det blev diskuteret, hvad der skulle dokumenteres (Pedersen, Buch & Holm-Pedersen 2014).

Mens punkterne ovenfor alle giver en del af forklaringen på, hvorfor ibrugtagningen af dokumentationssystemet forløber trægt hos plejepersonalet, er der dog også en oplevelse af, at medarbejdere i Hjemmeplejen i stigende grad efterspørger, at deres kollegaer skal orientere sig i handleplanen. Argumenterne er bl.a., at hvis de ikke anvender dokumentationssystemet, får borgeren ikke et ordentligt forløb, og at det har den konsekvens, at de medarbejdere, der anvender handleplanen, ikke kan gøre deres arbejde så godt, som de gerne vil. Det at anvende dokumentationssystemet er således for nogle medarbejdere blevet led i *at kunne gøre sit arbejde godt*. Heri ligger en moralsk delegitimering af de kollegaer, som ikke anvender dokumentationssystemet, og det vil sandsynligvis lægge et væsentligt pres på dem for at tage det i brug. Der ligger også et rationelt argument i det (Suchman 1995, Vaara & Monin 2010, Vaara, Tienari & Laurila 2006, Van Leeuwen & Wodak 1999), som understøtter presset på at anvende det: *Hvis alle anvender redskabet, dokumentationssystemet, vil de alle blive bedre, og borgerne få bedre forløb*. Der synes således at være et spirende og stigende pres internt i medarbejdergruppen om, at den skriftlige kommunikationsvej tages i brug.

### **Muligheder og barrierer...**

Alt det, der er beskrevet i punkterne ovenfor, som er noget, der i et eller andet omfang skaber en ulyst til at anvende dokumentationssystemet, vil sandsynligvis medføre, at medarbejderne holder godt fast i deres nuværende praksis med mundtlig videndeling fremfor skriftlig. De syv punkter lægger op til en række forskellige tiltag, der kan øge anvendelsen af dokumentationssystemet. Overordnet er, at it-systemet skal fungere optimalt, og medarbejderne skal blive fortrolige med at finde rundt i det. Herudover synes der bl.a. at være behov for en afklaring af, hvem tovholderen kommunikerer med gennem handleplanen, og hvilket fagligt niveau af observationer, vurderinger og formuleringer denne kommunikation forudsætter. Tovholderne skal kompetenceudvikles til at matche dette niveau, ligesom der for nogle synes at være behov for at arbejde videre med at udvikle tiltro til egne kompetencer.

Endelig er der gode muligheder for den fremtidige anvendelse af dokumentationssystemet gemt i, at der blandt medarbejderne er et stigende pres om, at de og deres kollegaer skal anvende systemet. Det kan der med fordel bygges på.



Af hensyn til omlægningen af måden at arbejde på i Hjemmeplejen bør de tiltag, der skal få medarbejderne til at anvende dokumentationssystemet som kommunikationsvej, ikke begrænse medarbejdernes dialog om borgerne på rehabiliteringsmøderne, da der er et stort læringspotentiale i disse.

#### 4.1.6 Koordineringen i forløbene er mangelfuld

I den tid, projektet har kørt, har der primært været fokus på at etablere et godt samarbejde mellem plejepersonalet og rehabiliteringskonsulenten, samt mellem disse og Sygeplejen. Medarbejdernes tilgange udvikles og koordineres på ugentlige tværfaglige triagemøder, hvor borgere sager drøftes. Herudover tilstræber Sygeplejen, at en sygeplejerske deltager i det efterfølgende rehabiliteringsmøde for at kunne yde sygeplejefaglig konsulentbistand, hvis det er relevant for de sager, der drøftes. I forhold til at fremme den aktiverende/rehabiliterende dagsorden oplever Sygeplejen, at der er udfordringer i formen på møderne.

Møderne er bygget op om, at der fortælleres observationer af borgeren suppleret med baggrundsviden om borgeren og fortællinger om, hvordan borgeren og evt. dennes pårørende agerer. Det er typisk alle de medarbejdere, der kommer i borgerens hjem, der deltager i diskussionen. Diskussionerne består i nogle tilfælde af langvarig historiefortælling, hvor pointer gentages mange gange. Sygeplejegruppen oplever, at strukturen på møderne ikke er stram nok. Det er især traditionen i forbindelse med de langvarige historiefortællinger om borgerne, hvor samme pointer gentages, at de finder strukturen for løs, hvilket har som konsekvens, at effektiviteten falder. De oplever, at deres deltagelse i møderne resulterer i 'spildtid' i forhold til udførelsen af deres arbejde.

En anden udfordring i forhold til koordinering udspringer af de borgere, Sygeplejen arbejder med, og det rehabiliteringspotentiale de besidder. Sygeplejen oplever, at deres rolle i et rehabiliterende forløb er svær at definere. Arbejdet er lagt an på, at Sygeplejen overleverer borgerne til Hjemmeplejen, hvis der fortsat er behov for hjælp, når arbejdet med borgeren ikke længere er kompliceret – dvs. på det tidspunkt, hvor de ville kunne inddrage borgerne i opgaven og oplære dem til selv at varetage den. Da Sygeplejen således slipper borgerne på det tidspunkt, hvor de selv kunne være aktive, er det svært for Sygeplejen at se, hvordan de skal bevæge sig fra primært at give en kompenserende hjælp til at give en mere aktiverende/rehabiliterende hjælp.

Ud over at være tilknyttet Hjemmeplejen er nogle borgere også tilknyttet Træningsteamet, men hvis der sker en koordinering mellem den indsats, som plejepersonalet og Træningsteamet yder, skyldes det tilfældigheder eller enkeltpersoners tilgang fremfor de tilrettelagte arbejdsgange med bl.a. anvendelse af dokumentationssystemet. Selvom Træningsteamet fortæller, at de anvender dokumentationssystemet, er det mere reglen end undtagelsen, at de er bevidste om, at en borger er i et rehabiliteringsforløb, og ligeledes om plejepersonalet er opmærksom på, at borgeren er i et træningsforløb. De ark, som anvendes i systemet, er adskilte fra hinanden, og grundet tidspres og rutiner får personalet ikke tjekket op på, hvilke andre måder der arbejdes med borgeren på. Det betyder, at de to teams ikke bevidst understøtter hinandens tilgang, selvom der kan være stort potentiale for det. Der har ikke endnu været fokus på denne koordinering i projektet.

Endelig er der også udfordringer i koordineringen af tilgangen inden for Hjemmeplejens teams. I afsnit 4.1.4 beskrev vi, hvordan brugen – eller manglen på samme – af dokumentationssystemet kan være en hindring for koordineringen, og hvordan plejepersonalet primært orienterer sig gennem dialog med hinanden. Mens dagteamene har de ugentlige, formelle rehabiliteringsmøder, hvor rehabiliteringskonsulenten fokuserer diskussionerne på aktiverende/rehabiliterende praksisser og indtager en ledende rolle i forhold til at samle diskussionernes pointer og dra-

ge konklusioner om det fortsatte forløb, har aften-/nat-teamet kun ca. et kvarters daglig, mundtlig overlevering, dvs. ingen formelle møder med deltagelse af en rehabiliteringskonsulent, hvor de får sparring om at arbejde aktiverende/rehabiliterende, som dagteamene gør.

### **Muligheder og barrierer...**

Der er fire væsentlige barrierer for, at borgernes forløb koordineres bedre.

For det første opleves møderne mellem medarbejderne af nogle som ufokuserede. Det aktive/rehabiliterende fokus drukner så at sige i ufokuseret historiefortælling om borgerne. Det nedsætter lysten til at deltage og bidrage på møderne, og for nogle medarbejdere er udbyttet for lille i forhold til den anvendte tid.

For det andet betyder organiseringen af arbejdet, hvor Sygeplejen skal overlevere borgerne til Hjemmeplejen, når opgaven ikke længere kræver en kompliceret indsats, at Sygeplejen har svært ved at se, hvordan de kan arbejde rehabiliterende med borgerne. Dels kan en mulighed være, at Sygeplejen fortsætter samarbejdet med borgerne, hvis der er tale om en tidsafgrænset indsats, førend borgeren selv kan varetage opgaven og således arbejder med at overdrage opgaven til borgeren i stedet for til Hjemmeplejen; dels er en mulighed, at en rehabiliteringskonsulent sammen med medarbejdere fra Sygeplejen og Hjemmeplejen i fællesskab gennemgår sagen og tilrettelægger, hvordan der kan arbejdes aktiverende/rehabiliterende i borgerens forløb i alle de ydelser, som borgeren er visiteret til. Hvor Træningsteamet også samarbejder med en borger, skal dette team også være med i tilrettelæggelsen.

For det tredje ligger en barriere i brugen af dokumentationssystemet. Medarbejdere på tværs af organisationen har ikke praksis for at orientere sig i, hvad hinanden laver, og de finder det besværligt at finde oplysningerne i systemet. Der skal med andre ord indarbejdes en ny arbejdsrutine for at få medarbejderne til at opdage hinandens involvering i en borger. Indførelsen af en sådan rutine kan fremmes ved, at medarbejderne oplever, at den nye praksis gavner borgerens forløb, at der opstår en fælles gejst om borgerens udvikling.

Endelig – for det fjerde – er det en barriere internt i Hjemmeplejen, at medarbejderne ikke anvender dokumentationssystemet som tænkt, hvorved koordineringen mellem dags- og aften-/nat-teamet halter, ligesom at medarbejderne i aften-/nat-teamet ikke støttes i at arbejde aktiverende/rehabiliterende i hverdagen, fordi der ikke er en rehabiliteringskonsulent tilknyttet dette team.

### **4.1.7 Hvad er rehabilitering?**

I organisationen er der forskellige forståelser af, hvad et rehabiliterende forløb er, og det kommer til udtryk som små gnidninger i samarbejdet.

Visitationens forståelse af rehabiliteringsforløb adskiller sig fra de udførende teams forståelse, og det kan give frustrationer hos alle. For Visitationen er rehabiliteringsforløb alene knyttet til § 83a og gives alene, hvor der ses et potentiale for, at borgeren vil kunne øge sit funktionsniveau, således at der vil kunne skæres i niveauet af hjælp til borgeren.

*Vi har nogle udførere, der synes, der skal laves væsentligt mere rehabilitering, end vi som myndighed synes. Vi giver dem mere tid i hjemmet for, at borgerne kan blive bedre, så vi kan skære i ydelserne igen. Men hvis vi bare arbejder med, at borgeren skal være aktiv – den aktiverende indsats – så er der ikke noget økonomisk potentiale i at give ydelsen... for funktionsniveauet øges ikke af den aktiverende indsats. Det betyder ikke, at de ikke skal arbejde aktiverende, det har de hele tiden skullet under § 83. Det nye er måske mere, at de gør det nu. (Leder af Visitationen)*

For Visitationen er det således essentielt, at de tror på, at funktionsniveauet *vil øges*, hvis borgeren får et rehabiliteringsforløb. De kan derfor blive irriterede, hvis de oplever, at deres udførende kollegaer presser på for, at borgere, hvor øgningen af funktionsniveauet er usikker, skal have et rehabiliteringsforløb. Der er med andre ord et økonomisk rationale bag tildelingen af et rehabiliterende forløb, samt en forventning om at der generelt arbejdes aktiverende.

Visitationen og de ansatte i andre teams har en opfattelse af, at plejepersonalet presser på for, at borgerne skal tildeles et rehabiliteringsforløb – ikke nødvendigvis for at kunne arbejde bedre med borgeren, men for at få mere tid og arbejde til teamet. Opfattelsen delegitimerer udførernes ønske om, at flere borgere skal tildeles rehabiliteringsforløb. Frem for at det bliver for at kunne arbejde bedre med borgerne, bliver det udlagt som et spørgsmål om, "*hvad der er bedst for os, udførerne*". Udførerne afkræfter denne opfattelse og pointerer, at de oftere oplever at have brug for kun den samme eller mindre tid med borgeren, når de har rehabiliteringsforløb. De kan have brug for mere tid i opstartsfasen, men det øgede tidsforbrug klinger af over forløbet. Denne opfattelse af, at udførernes ønske om rehabiliteringsforløb skyldes en form for personlig/teamæssig vinding, kan være med til at skabe et dårligt samarbejde mellem de forskellige teams, fordi den mistænkeliggør plejepersonalets motiver.

I citatet ovenfor ses også sondringen mellem et rehabiliterende og et aktiverende forløb på paragrafniveau, som er det rationale, Visitationen arbejder ud fra. Det rationale anvendes ikke på samme måde af plejepersonalet. De hæfter sig ikke nødvendigvis ved, hvilken paragraf de arbejder under med borgeren. De observerer borgerne undervejs i deres forløb – § 83 såvel som § 83a – og justerer deres tilgang til borgeren løbende. Det kan være uden betydning for det forløb, borgeren får, hvis medarbejderne formår at arbejde rehabiliterende med alt, hvad det indebærer. Omvendt kan manglende orientering mod paragraffen betyde, at borgere i rehabiliteringsforløb ikke får forløb i overensstemmelse med det flowchart, der er udviklet for den type forløb, se Figur 2.1.

Der er naturligvis også plejepersonaler, der orienterer sig i, hvilken paragraf borgeren er tildelt hjælp efter, og tilrettelægger deres arbejde herefter, dvs. starter rehabiliteringsforløbet op med en opstartssamtale mellem borger, rehabiliteringskonsulent og tovholder osv., se Figur 2.1. De oplever, at der er nyvisiterede borgere i hjemmeplejen, som burde have et rehabiliterende forløb, fordi deres funktionsniveau kan øges, men som ikke får det tildelt. Konsekvensen er, at samarbejdet med disse borgere ikke starter ud som et rehabiliteringsforløb, men først omdannes til et sådan, når (og hvis) medarbejderne bliver opmærksomme på borgerens ressourcer.

Endelig kan selve rammen for at arbejde med borgerne opleves som en barriere for at arbejde rehabiliterende. Rammen er, at Visitationen tildeler borgerne ydelser, som definerer, hvad medarbejderne skal udføre i forhold til borgeren (se et eksempel i Figur 4.1). Interviewpersoner på tværs af teamene pointerede, at ydelserne er problemorienterede frem for motivations- og ressourceorienterede i deres udformning. Det betyder, at medarbejderne kommer til at fokusere på det konkrete problem, fx at borgeren ikke kan bade uden hjælp, mens der ikke arbejdes med det, der er borgerens lyst i livet og drivkraften i et rehabiliteringsforløb, fx "*at komme ud af huset*". For disse medarbejdere er dét at arbejde rehabiliterende koblet til det at arbejde med borgerens egne mål og motivation. Det er således en forståelse af rehabilitering, der lægger sig op af definitioner som fx:

*Felles for alle som er aktuelle for hverdagsrehabilitering er at personen, her også kalt brukeren, har utfordringer med å mestre eller delta i aktiviteter hjemme eller i lokalmiljøet. I hverdagsrehabilitering identifiserer brukeren selv hvilke hverdagsaktiviteter som er viktige å mestre. Aktiviteter som er viktige for den enkelte, oppleves ofte som meningsfulde å utføre. (Tuntland & Ness 2014, s. 23)*

**Figur 4.1** Et eksempel på de ydelser Visitationen kan tildele borgeren i et rehabiliteringsforløb (Egedal Kommune 2015).

Besøg	Beskrivelse af ydelsen	Beskrivelse af ydelsesindhold	Tid
RB-besøg morgen, standard 1	<i>Borgeren er den aktive part, behov for let personassistance</i>  Personlig pleje standard 1  Ernæring standard 1  Medicinudlevering standard 1	Personlig pleje: - hjælp til nedre toilette - brusebad - hjælp til påklædning og kropsbårne hjælpemidler  Ernæring: - tilberedning af varme drikke  Medicinudlevering: - sætte medicin frem	30 minutter

I den forståelse af rehabilitering er det rehabiliterende arbejde først og fremmest – sammen med borgeren – at identificere vedkommendes mål og herefter lægge en plan for at nå det. Det vil sige, at der frem for at tildele hjælp til badning skal tildeles hjælp til at komme ud at gå, hvis det er borgerens mål. Herunder kan et element være, at borgeren kommer til at kunne varetage opgaven med at bade. Med struktureringen af arbejdet, hvor Visitationen visiterer borgeren til en given ydelse på grundlag af, hvad borgeren *ikke* kan, oplever medarbejderne, at rammerne lægger op til, at der praktiseres en kompenserende eller aktiverende tilgang, men ikke en rehabiliterende.

For Sygeplejen er ydelsen fx specifikt *"at pleje et sår"*, og i denne ydelse er der ikke rum til at arbejde med borgerens inddragelse eller med andet *"rundt om såret"*, som kunne motivere og aktivere borgeren. Når medarbejderne alligevel gør det, beskriver de, at de så reelt har en *"lemfældig omgang"* med, hvad de egentlig har fået hjemmel til at gøre af Visitationen. Fagligt giver det dog mening for dem. At arbejde rehabiliterende ud fra borgerens egne mål, jf. Figur 2.1, opleves således i sin grundform som uforeneligt med at arbejde inden for de givne rammer. Et rehabiliteringsforløb forudsætter større frihed til at forme forløbet efter den enkelte borger, pointerer medarbejdere på tværs af teamsne, fx ved at de kan tildeles en ydelse, der blot hedder rehabilitering, hvorunder borgerens individualiserede forløb tilrettelægges og registreres.

### Muligheder og barrierer...

Barriererne opstår, fordi der er forskellige opfattelser i forskellige teams, og de er først og fremmest en potentiel trussel for harmonien i samarbejdsprocessen. Derfor er det oplagt at arbejde på at korrigere forkerte opfattelser af hinandens motiver og faglighed. Fysiske møder mellem medarbejdere fra samarbejdende teams, hvor de forhold, der giver anledning til de tillagte motiver, bliver diskuteret, giver ofte en bedre forståelse for hinanden med efterfølgende forbedret samarbejde.

At en del af plejepersonalet ikke orienterer sig mod paragrafferne, er en barriere for at sikre overholdelse af de vedtagne arbejdsgange. En barriere for at få medarbejderne til at orientere sig mod paragrafferne vil sandsynligvis være, at de i udgangspunktet finder dem ligegyldige i forhold til at udføre deres arbejde godt. Omvendt er medarbejderne interesserede i at gøre deres arbejde godt og arbejde aktiverende/rehabiliterende. Hvis paragrafferne og de tilknyttede arbejdspraksisser gøres meningsfulde for medarbejderne, så de netop bliver en mulighed for at gøre deres arbejde godt, er der her en mulighed for at forandre medarbejdernes praksis.

Der vil altid være nogle borgere, som ligger i gråzonen for, om de skal tildeles et rehabiliteringsforløb eller skal have kompenserende hjælp, når spørgsmålet er, om deres funktionsniveau vil kunne øges. Det vil derfor også være en organisatorisk beslutning, der skal træffes, om margenen for fejlvisiteringer skal ligge på § 83- eller § 83a- siden, altså om der skal henvises for mange eller for få. Beslutningen kan bl.a. træffes ud fra overvejelser om, hvad det vil betyde for borgerne at starte op i et fejlvisiteret forløb. At medarbejderne i høj grad reflekterer over, om en aktiverende/rehabiliterende tilgang vil kunne gavne borgeren, er dog en væsentlig mulighed for, at borgere alligevel kommer til at modtage et sådant forløb, selvom de ikke i udgangspunktet får det tildelt. For at give forløbene de bedste vilkår fra start kan det dog være en idé, at Visitationen gør Hjemmeplejen opmærksom på, dels at de er usikre på, om borgers funktionsniveau vil kunne øges og derfor ikke har tildelt borgeren et rehabiliteringsforløb, dels begrundelsen for at de er usikre. På den måde vil de give medarbejderne i Hjemmeplejen et godt udgangspunkt at arbejde ud fra.

Endelig er der, som beskrevet ovenfor, en barriere i, at ydelserne tildeles på basis af en problemorientering i stedet for en mulighedsorientering. Medarbejderne peger selv på muligheden for, at de tildeles en sum penge til at køre borgerens forløb, så der kan tilrettelægges individuelle forløb ud fra borgernes mål.

#### 4.1.8 Uoverensstemmelser mellem hverdagspraksis og praksissen defineret i flowchartet

Udover det, der er beskrevet i de ovenstående afsnit, er der også praksisser, der alene er i uoverensstemmelse med de praksisser, der er vedtaget og beskrevet i flowchartet, se Figur 2.1. Vi beskriver her sådanne tre.

På tværs af teamene oplever interviewpersoner, at borgeren ofte er for sparsomt beskrevet fra Visitationens side. Det kan resultere i, at borgeren tildeles ydelser, som vedkommende ikke har behov for. Det kan også resultere i, at medarbejderne ikke har et passende billede af borgerens motivation og lyst i livet, før de skal starte i et rehabiliteringsforløb. Der visiteres fx borgere, der ikke er motiverede for en rehabiliterende indsats, og uden motivation er det ikke muligt at arbejde rehabiliterende efter Hvidbogens definition af rehabilitering, som Det Gode Hverdagsliv baserer sig på (Rehabiliteringsforum Danmark 2004). I overensstemmelse med Visitationens forståelse af rehabilitering og de paragraffer, som borgerne visiteres under, bør disse borgere derfor visiteres til et § 83-forløb, forklarer interviewpersonerne.

Det var tænkt, at det var visitatorerne, der skulle udarbejde SMARTE-mål, sådan som det er angivet i Figur 2.1. I praksis varetages denne opgave dog nu af Hjemmeplejen i forbindelse med opstartsmødet, fordi det giver god faglig mening for både Visitationen og Hjemmeplejen.

I flowchartet er det beskrevet, at der skal foretages en midtvejsevaluering, hvorefter justeringer i rehabiliteringshandleplanen og forslag til ændringer sendes som avis til Visitationen. Medarbejderne fortæller, at de foretager midtvejsevalueringerne, men at det ofte kun er, hvis der skal ske væsentlige ændringer, at de orienterer Visitationen. Årsagerne til dette er beskrevet i afsnit 4.1.4.

#### **Muligheder og barrierer...**

Den manglende indsigt i borgerens motivation er en barriere for medarbejdernes muligheder for dels at komme godt fra start i samarbejdet med borgeren, dels i nogle tilfælde for overhovedet at arbejde rehabiliterende.

Den manglende dokumentation af midtvejsevalueringen er en barriere for, at borgerens udvikling bliver synlig i systemet.

## 4.2 Borgernes oplevelse af Det Gode Hverdagsliv

I dette afsnit beskriver vi borgernes oplevelse af at samarbejde med Hjemmeplejen. Det er her samarbejdet i sin generelle form, da kun to borgere var klar over, at det var et rehabiliterende forløb, de var eller havde været visiteret til. Selve begrebet "rehabilitering" forekommer således ikke at være kommunikeret tydeligt til disse borgere, ligesom alle – undtagen én – ikke var klar over, at/om der var en rehabiliteringshandleplan for deres forløb.

### 4.2.1 Borgernes samarbejde med personalet i opstartsfasen

De interviewede borgere beskriver, at personalet overordnet skal balancere fire ting for at få samarbejdet til at fungere godt:

1. De krav, de stiller til borgeren
2. De forventninger, de har til borgeren
3. At de ser individet
4. At kommunikationen er ærlig

Det vil med andre ord sige, at personalet skal stille krav/forventninger, som matcher borgerens egen oplevelse af sine ressourcer og situation, og så skal de kommunikere ærligt og tydeligt ud, hvad der sker, og hvad der besluttet.

Flere oplevede opstartsbesøget med rehabiliteringskonsulenten og tovholderen som mærkeligt. Borgerne oplevede, at visitatoren havde stillet dem en kompenserende hjælp i udsigt og var derfor forundrede over opstartsmødets fokus på, om de kunne klare opgaverne selv. Flere borgere ønskede derfor også, at visitatoren kommunikerer mere ærligt og forståeligt om, hvad de kan forvente.

*Visitator anbefalede mig, at jeg skulle have fire besøg om dagen og hjælp til det hele. Jeg tænkte, lad mig da bare prøve! Jeg troede jo, de skulle hjælpe mig – men da de søde damer så kommer, skulle de ikke lave noget. De skulle hjælpe mig med at kunne det hele selv: Se jeg kunne komme op, se jeg kunne redde seng, se hvordan jeg blandede sulfo og vand for at vaske gulv. Jeg sagde, nu er jeg 80 år, så jeg gider ikke gå og gøre rent, jeg har en rengøringsdame. Så hun kom ikke mere. (Borger)*

De borgere, der havde haft et opstartsmøde med rehabiliteringskonsulent og tovholder, beskrev interaktionen mellem dem og personalet som kunstig. Det kunstige opstår, når medarbejderne observerer og vurderer dem. Det er selve dét at blive kigget på og vurderet, der skaber en ubehagelig situation. En af interviewpersonerne beskrev, at hvis bare medarbejderne havde givet en hånd med, da han blev bedt om at skifte sit sengetøj – for at medarbejderne kunne se, om han magtede det – så ville det ikke have været en så kunstig og ubehagelig situation. Den præmis for opstartsmødet, at rehabiliteringskonsulent og tovholder skal observere og vurdere borgerens rehabiliteringspotentiale, og at dette samtidig opleves kunstigt af borgerne, stiller krav til rehabiliteringskonsulentens og tovholderens kommunikation. En borger havde oplevet, at medarbejderen havde sagt:

*Så kom hun om eftermiddagen, og hun sagde noget, jeg har undret mig meget over og mange andre med mig. Hun sagde: "Jeg er ansat til at gå med hænderne på ryggen og se, hvad du kan lave". Det undrer mig altså, det udtryk, og det er ordret hvad hun sagde. Siden har jeg været negativ. (Borger)*

Som det ses af citatets afslutning, blev selve kommunikationen en barriere for borgerens motivation for at samarbejde med Hjemmeplejen.

Flere borgere fortalte også, at dét at skulle vurderes på noget, de havde varetaget i mange år, var kunstigt og irrelevant. Som en borger udtrykte det til en opstartssamtale:

*Jeg har været slagter i 50 år. Jeg tror ikke, I kan lære mig at gøre rent... (Borger)*

Fra sin kontakt med kommunen forud for opstartsmødet havde borgeren således forstået, at mødet handlede om at lære ham at gøre rent, hvilket han i citatet tydeligt fortæller at have styr på efter 50 år i fødevarebranchen. Kontakten med kommunale aktører for mødet har således ikke formået at gøre det klart for borgeren, hvad mødet handler om, nemlig at lære at gøre rent på en måde, der tager højde for funktionsnedsættelsen, og at dét, som rehabiliteringskonsulenten og tovholderen kan, kan være relevant og endda til gavn for ham eller hende. Borgeren var derfor negativt indstillet forud for mødet. Flere borgere fortalte om, at de trods undren og skepsis alligevel havde fået inspiration til at gøre tingene anderledes.

### **Muligheder og barrierer...**

I forhold til opstarten af en borgers forløb, dvs. visitationssamtalen og opstartssamtalen, er der således barrierer for et godt samarbejde mellem borger og udfører, når:

- Borgerens forventninger ikke stemmer overens med dét, som udførerne skal levere. Forventer borgeren en kompenserende hjælp, vil et aktiverende/rehabiliterende fokus skabe mindst undren.
- Borgeren føler sig observeret og vurderet frem for at være i dialog og samarbejde med rehabiliteringskonsulenten/tovholderen om at finde ud af, hvilket behov for hjælp borgeren har.
- Borgeren tror, at rehabiliteringskonsulenten og tovholderen kommer for at lære borgeren noget, som vedkommende har varetaget i mange år – dvs. uden at forstå, at det, de evt. kommer for at lære borgeren, er måder at gøre det på, som kan skåne borgeren, dvs. at det ikke er "at gøre rent", men "at gøre rent på en anden måde".

#### **4.2.2 Borgerens samarbejde med plejepersonalet**

Der er overordnet stor tilfredshed med plejepersonalet, der opleves som søde og imødekommende. De tager sig tid til at tale med borgeren om hverdagen, og når kemien mellem borger og plejer er god, giver besøgene energi. De enkelte kritikpunkter kobler sig derfor i høj grad til enkeltpersoners ageren.

Når borgerne føler sig dårligt tilpas i en medarbejders selskab, er det, fordi medarbejderen ikke formår at balancere de fire punkter i afsnittet ovenfor. Det kan være, hvis en medarbejder beskriver borgeren på en måde, som borgeren ikke kan genkende.

*Man ligger der og har ondt – og de kommer og siger: "Godmorgen, nøj, hvor er du god, du er en ren solstrålehistorie". Men hvorfor siger de det, når jeg ikke har det godt? Uden at spørge! Så kunne de da spørge, hvordan jeg har det, men det gør de ikke... De konstaterer bare, at jeg har det godt. De gør det vel i bedste mening – måske skal de sige det. Måske synes de, jeg går bedre. Måske ved de ikke, hvad de skal sige – for hvad skal man sige, når der kommer sådan en gammel en! (Borger)*

*Jeg er også blevet rost, hvor man tænker "fint", og det giver lidt kampgejst, men når det er nogen, der ikke kender mig, så bliver det sådan lidt en flad fornemmelse - noget, de bare siger. Upersonligt. (Borger)*

Når medarbejdere italesætter, hvordan borgeren har det, eller roser, uden at borgeren føler, at medarbejderen kender vedkommende, får borgeren en fornemmelse af ikke at være set som den, han/hun er, og i den situation vedkommende befinder sig. Frem for at motivere borgeren bliver det, som beskrevet i citatet ovenfor, *en flad fornemmelse* og således ikke den motivation, som rosen evt. var tænkt som. Herudover kan det at blive beskrevet eller rost være ude af trit med, hvordan man opfatter sig selv og sin situation. Når det er tilfældet, opleves rosen som en måde, hvorpå medarbejderne indirekte giver udtryk for forventninger om, at borgeren skal kunne varetage opgaver selv, og en måde hvorpå de stiller krav til borgeren om at præstere mere i forhold til rehabiliteringsprogrammet. Forventninger og krav der opleves som umulige eller for svære at indfri, fordi borgeren oplever, at der er et (for) stort spænd mellem, hvordan han eller hun selv oplever at have det, og det medarbejderen tror.

Det er dog kun et fåtal af medarbejderne, der har givet borgerne den oplevelse. Oftest er plejepersonalet søde, og de hjælper med de forskellige opgaver, som de skal. De interviewede borgere oplever dem dermed ikke som nogen, der presser på for, at de selv skal varetage opgaver. De oplever heller ikke, at det er plejepersonalet, der er opsøgende i forhold til at se, hvor borgerne selv kan klare sig, og de udtænker ikke alternative måder at klare opgaverne på. De interviewede borgere oplever, at det påhviler dem selv, fx ved at de selv skal undersøge, hvilke hjælpemidler der findes og anskaffe dem.

*Jeg fandt selv på løsningerne. Man skal selv i seniorshoppen og se. Der var ingen, der guidede mig og spurgte, om jeg kunne bruge et redskab til at smøre creme på. Numsetørreren – den fandt jeg selv. At åbne et glas – jeg finder selv de redskaber, jeg har brug for. (Borger)*

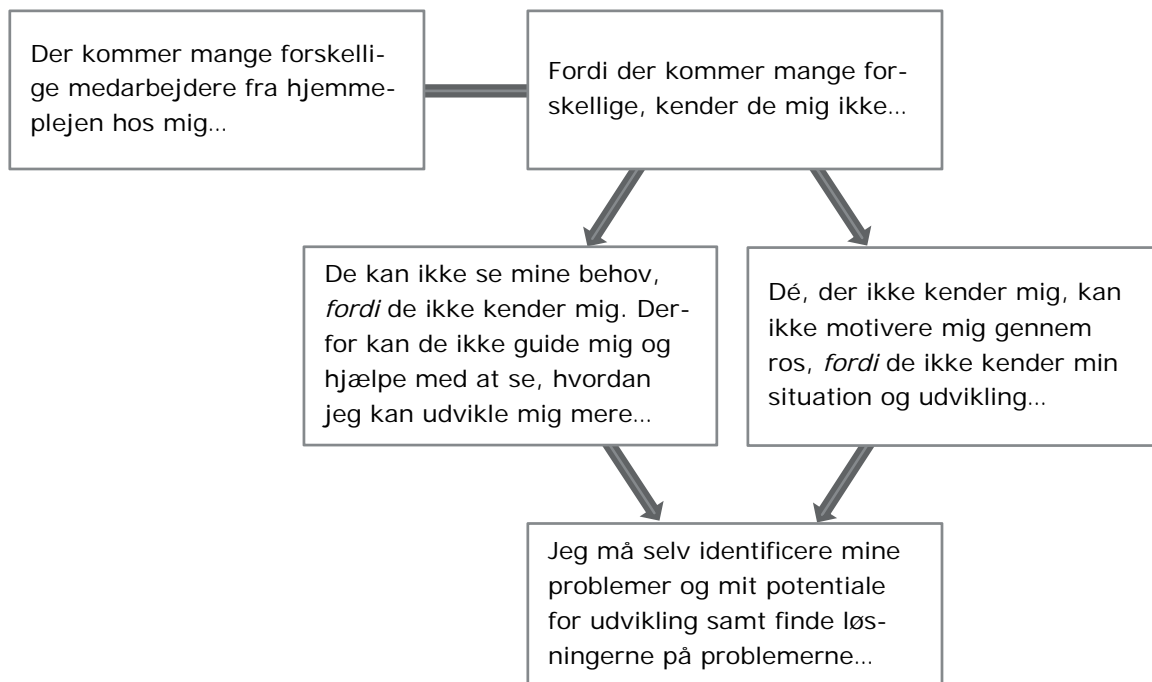
De fleste interviewede borgere oplevede, at der kom mange forskellige medarbejdere hos dem, og at det har negativ indflydelse på det aktiverende/rehabiliterende potentiale af den hjemmepleje, de modtager.

*Når de kender én, kan de sige, at man er god til at finde løsninger, og det ville være en personlig og relevant ros... Når de ikke kender en, så kan de ikke sige det. Og de kan ikke spørge til, hvad man har behov for... for de kender ikke én. Så man må selv søge efter hjælpemidler. (Borger)*

De koblinger, som interviewede borgere skaber mellem forskellige facetter af den hjemmepleje, de modtager, illustrerer vi i Figur 4.2.



**Figur 4.2** Illustration af den "kausalitetskæde" for, hvordan organiseringen af hjemmeplejen påvirker, hvorledes borgerne finder nye måder at klare opgaverne på



For flere interviewede borgere er der således en kobling mellem dét, at de ikke opnår en kontinuerlig og længerevarende relation til et mindre antal hjemmeplejere, og – groft skitseret – oplevelsen af at måtte stå for den rehabiliterende tænkning selv, mens hjemmeplejen giver en kompenserende eller aktiverende hjælp.

Endelig oplever de interviewede borgere, at organiseringen af hjemmeplejen kan være en hindring for, at de lever selvstændige, aktive og meningsfulde liv. Hjemmeplejen kommer inden for et tidsinterval. Det strækker sig over flere timer og hindrer borgerne i at planlægge deres tid og aktiviteter, så det giver mening for dem.

### Muligheder og barrierer...

Borgerne beskriver to konkrete barrierer for, at deres forløb bliver så rehabiliterende som muligt, der begge bundet i, hvorvidt de oplever, at medarbejderne kender og ser dem.

1. Hvis medarbejderne ikke taler ind i samme opfattelse af borgerens situation, som borgeren selv har, eller tager udgangspunkt i denne, så kan medarbejderne ikke motivere borgerne optimalt. De risikerer endda at demotivere, hvis borgerne oplever, at medarbejderne stiller urimelige krav til dem. Derimod er der muligheder for at motivere ved netop først at spørge ind til borgeren og derfra tage udgangspunkt i borgerens egen opfattelse.
2. Når medarbejderne ikke kommer jævnlige hos dem og på den måde følger deres udvikling, kan de ikke se borgerens rehabiliteringspotentiale og ej heller vejlede dem optimalt. Det bliver derfor på borgerens eget initiativ, at rehabiliteringen finder sted. Det er derfor en mulighed for at fremme rehabiliteringen, at der dannes faste teams til borgerne, hvorved det er det samme lille team, der kommer hos borgeren.

## 5 Konklusion

Den kulturforandring, som med projektet Det Gode Hverdagsliv indføres i Center for Sundhed og Omsorg samt Den Tværfaglige Myndighed i Center for Borgerservice i Egedal Kommune, er godt undervejs. Den aktiverende og rehabiliterende tænkning er synlig. Medarbejderne i Hjemmeplejen internt og Hjemmeplejen og Sygeplejen imellem diskuterer borgeres potentiale for at være aktive og blive rehabiliteret. De interviewede medarbejdere oplever en stigende efterspørgsel kollegaerne imellem på, at:

- de skal arbejde aktiverende/rehabiliterende
- det er vigtigt, at alle de medarbejdere, der besøger en borger, arbejder aktiverende/rehabiliterende, hvis det er besluttet
- de og deres kollegaer orienterer sig og dokumenterer i rehabiliteringshandleplanen

Stemningen blandt medarbejderne om at arbejde aktiverende/rehabiliterende er generelt god.

Omstillingen er dog "ung" endnu og derfor også sårbar. Den praksis, som Det Gode Hverdagsliv skal afløse, den kompenserende tilgang, er også til stede i hverdagen. I nogle tilfælde opfattes den fx som den rette tilgang, uden at der kan argumenteres objektivt for, at det er det, borgeren har behov for. En opfattelse af, *at det er rimeligt*, at borgeren modtager en kompenserende hjælp, legitimerer praktiseringen af en sådan. Det viser, at omstillingen stadig er sårbar, fordi den gamle, kompenserende praksis stadig har en indlysende legitimitet.

Den aktiverende/rehabiliterende tilgang fordrer et anderledes samarbejde med borgerne, som i denne tilgang selv skal være aktivt deltagende. Nogle borgere reagerer negativt på dette, hvilket har ført til udviklingen af rollerne "den onde" og "den gode". I Hjemmeplejen forsøger plejepersonalet fx at positionere sig selv i rollen som den gode og rehabiliteringskonsulenten som "den onde". "Den onde" bliver repræsentanten for at stille krav, mens "den gode" ligesom borgeren er underlagt kravene og hjælper med at honorere dem. Mens rollefordelingen umiddelbart får samarbejdet mellem "den gode" medarbejder og borger til at glide, komplicerer den samarbejdet mellem "den onde" og borgeren, ligesom det må antages at være en barriere for, at tovholderne på sigt kan varetage rehabiliteringsforløbene uden hjælp fra rehabiliteringskonsulenterne.

Medarbejderne praktiserer forskellige strategier til at aktivere borgere, der ser det som deres ret at modtage en kompenserende hjælp, eller som er modvillige over for det, fordi de er utrygge. Strategierne er baseret på borgerens ageren og omfatter at argumentere rationelt med borgeren om at deltage, at opmuntre og rose samt bygge på borgerens lyst til at være sammen med medarbejderen. For borgere, der er utrygge ved at skulle varetage opgaver selv, praktiserer medarbejderne en tilgang, hvor de aftrapper hjælpen.

Det Gode Hverdagsliv baserer sig på anvendelsen af en elektronisk handleplan, hvor medarbejderne skal oprette fokusområder for borgerne og dokumentere borgerens udvikling i forhold til disse. Handleplanen er tænkt som det redskab, der skal sikre, at medarbejderne er opdaterede på, hvordan der skal arbejdes med borgerne, men fungerer ikke som tænkt. En række forskellige forhold komplicerer medarbejdernes brug af handleplanen, bl.a. selve det at strukturere teksten og vælge ordene, samt at der er en etableret praksis om at drøfte tilgangen til borgerne mundtligt. Mens sidstnævnte hindrer brugen af den skriftlige dokumentation og dermed potentielt også hindrer koordineringen i den enkelte borgers forløb, har denne praksis sandsynligvis også en fremmede indvirkning på omlægningen, fordi der er et aktiverende/rehabiliterende fokus i drøftelserne.

Koordineringen mellem de forskellige teams i kommunen fungerer ikke optimalt endnu. Dette skyldes bl.a. manglende kommunikation, fordi medarbejderne ikke er opmærksomme på eller opsøgende over for informationer om hinandens arbejde med borgeren, som de ellers har adgang til i rehabiliteringshandleplanen.

Der er forskellige opfattelser af, hvad rehabilitering er, og dette kan give anledning til gnidninger teamene imellem. Det kan føre til forskelle i opfattelserne af, hvornår borgerne skal tildeles et rehabiliterende forløb, og dermed også hvordan udførernes samarbejde med borgerne kommer fra start. Og det kan betyde, at medarbejderne finder det svært at arbejde rehabiliterende under de rammer, der er givet i det visiterende led, fordi fokus i højere grad er problemorienteret end orienteret mod borgerens motivation.

Visiteringen og opstarten af det rehabiliterende forløb møder kritik fra borgerne. Dels oplever de, at Visitationen ikke melder klart ud om, hvad de tildeles, dels opleves opstartsmødet som *kunstigt*. Det er selve dét at blive observeret og vurderet, hvilket er redskabet til at vurdere borgerens potentiale for rehabilitering, som borgerne finder ubehageligt.

Borgerne taler udpræget varmt om plejepersonalet. Grundet organiseringen af Hjemmeplejen, hvor mange forskellige medarbejdere besøger samme borger, oplever borgerne dog ikke, at det er medarbejderne, der bidrager væsentligt til deres rehabilitering. De oplever derimod, at det er dem selv, som identificerer deres problematikker og finder løsningerne – særligt i forhold til at finde relevante hjælpemidler.

## 6 Det Gode Hverdagsliv i forhold til andre måder at organisere hverdagsrehabilitering

De udfordringer, der ses i Det Gode Hverdagsliv, er også beskrevet i andre evalueringer af lignende projekter – det lige fra, at det er synd for borgeren, hvis den kompenserende hjælp afsluttes (dvs. udfordringer med at ændre medarbejdernes opfattelse af, hvad der er legitim praksis), til at det er svært for medarbejderne at dokumentere, som det kræves, og endelig til at medarbejderne ikke træder i karakter som tovholdere (Københavns Universitet et al. 2013, Kjellberg et al. 2013, Kjellberg, Ibsen & Kjellberg 2011, Navne & Kjellberg 2013). På den positive side ses i Det Gode Hverdagsliv – som i andre, lignende projekter, at der er mange hjemmeplejere, der pludselig bliver i stand til at betragte deres egen praksis og se, at de varetager opgaver for borgerne, som de selv kan klare, ligesom at de begynder at opfatte, at det er godt for borgeren selv at klare det (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg 2011, Madsen et al. 2014). Dette fokus fører – som i Egedal Kommune – også til et større fokus på at neddrogse hjælpen og afslutte borgerne (Kjellberg et al. 2013).

Til forskel fra andre projekter synes der i Det Gode Hverdagsliv at være etableret et stærkere samarbejde mellem rehabiliteringskonsulenterne og hjemmeplejerne. Tidligere undersøgelser har fundet, at det var svært at samarbejde på tværs, og at terapeuterne søgte et samarbejde med andre terapeuter frem for med hjemmeplejerne, ligesom hjemmeplejerne hellere søgte hinanden end konsulenterne, hvis de ikke var tvunget til at samarbejde (Kjellberg et al. 2013, Kjellberg, Ibsen & Kjellberg 2011). Med rehabiliteringskonsulenterne fast forankret i hjemmeplejegrupperne er det naturligvis et "tvunget samarbejde", men der udtrykkes tilfredshed med det fra begge grupper, også selvom det fortsat er en stor opgave for rehabiliteringskonsulenterne at fastholde fokus på aktivering/rehabilitering, og at de i denne opgave møder modstand fra medarbejdere, der trækker på omsorgslogikken. Men netop den daglige tilstedeværelse i teamene giver mere og kontinuerlig sparring, hvorved netop omsorgslogikken kan udfordres i hverdagen. I Hillerøds projekt Aktiv i Din Hverdag var pendanten til Det Gode Hverdagslivs rehabiliteringskonsulenter forankret i Træningsteamet og havde således ikke en fast, struktureret tilstedeværelse i teamene. SOSU-assistenten havde mulighed for at kontakte rehabiliteringskonsulenterne telefonisk eller via mail, men der var ikke den daglige ansigt-til-ansigt kontakt. Hjemmeplejeren kontaktede stort set kun terapeuterne, hvis borgeren ønskede svar på noget, hjemmeplejeren ikke kunne give (Navne & Kjellberg 2013). Med rehabiliteringskonsulenternes fysiske tilstedeværelse i Det Gode Hverdagsliv er der en løbende sparring mellem rehabiliteringskonsulenterne og hjemmeplejerne, som sikrer, at fokus holdes på aktiverende/rehabiliterende praksisser.

Der er den væsentlige udfordring i sparringen mellem rehabiliteringskonsulenterne og hjemmeplejerne, at det ikke har været klart defineret, hvilket fagligt niveau, der er for den læring, rehabiliteringskonsulenterne skal bibringe hjemmeplejerne, og om det faglige niveau skal sættes ud fra en terapeut eller en SOSU-assistentens faglighed. Det bliver særligt tydeligt i forbindelse med dokumentationen, hvor rehabiliteringskonsulenterne har forventninger til det faglige indhold og udformningen af teksten, som mange SOSU-assistenten har svært ved at honorere. Hvor det faglige niveau skal lægges, er således ikke blevet afklaret, og den barriere for organisationsomlægningen, som den fører til, vedrører således designet af organisationsforandringen. Kjellberg et al. (2011) påpeger netop, at hverdagsrehabiliteringsprojekters succes er afhængig af, at det er klart defineret, hvad der forventes af de forskellige enheder og aktører.

Tidligere har der også været en tendens til, at der i hverdagsrehabiliteringsprojekter fokuseres på ydelser i stedet for borgerens hele hverdag, og at det dermed er et problemorienteret fokus frem for et motivations- og ressourceorienteret fokus, der ligger til grund for samarbejdet mel-

lem Hjemmeplejen og borgeren (Navne & Kjellberg 2013). Her fandt medarbejderne det dog fagligt meningsfuldt at strukturere arbejdet sådan, da netop oplevelsen af at opnå at kunne varetage de specifikke opgaver, der ligger i ydelserne, førte til, at borgerne selv efterspurgte en rehabiliteringsindsats på andre områder. Evalueringen viste dog også, at en konsekvens af at arbejde ydelsesfokuseret med rehabilitering er, at hjemmeplejerne ikke selv indarbejder et aktiverende/rehabiliterende fokus i andre ydelser, som borgeren er tildelt. Her praktiserede de en udpræget kompenserende hjælp, også selvom borgeren havde et godt udgangspunkt for at kunne varetage opgaven selv. Risikoen ved en ydelsesfokuseret organisering synes således at være, at borgeren ikke får et sammenhængende og koordineret aktiverende/rehabiliterende forløb, men derimod et miskmask af kompenserende, aktiverende og rehabiliterende.

Samarbejdet på tværs af kommunale enheder, fx Sygeplejen og Hjemmeplejen, er også beskrevet (Navne & Kjellberg 2013). Som vi også finder i denne undersøgelse, havde Sygeplejen svært ved at se deres rolle i rehabiliteringsforløbene, fordi de overleverer borgerne, når sagerne ikke længere er komplekse, dvs. på det tidspunkt, hvor samarbejdet med borgeren kunne udvikle sig rehabiliterende. Det betyder, at Sygeplejen har en vigtig opgave i at overlevere tanker og konkrete forslag til en rehabiliterende praksis i Hjemmeplejens videre samarbejde med borgeren, og denne overleveringsopgave bør man derfor fokusere på at udvikle.

## 7 Forslag og anbefalinger

På baggrund af indsigten fra evalueringen stiller KORA i dette kapitel forslag og anbefalinger til, hvordan Egedal Kommune hensigtsmæssigt kan arbejde videre med Det Gode Hverdagsliv. Ud over anbefalinger og forslag i dette kapitel fremhæves det afslutningsvist i hvert afsnit i kapitel 4 under overskriften "Muligheder og barrierer..." også, hvordan der hensigtsmæssigt kan arbejdes videre med Det Gode Hverdagsliv.

- **Fortsat synlige rehabiliteringskonsulenter.** KORA anbefaler, at rehabiliteringskonsulenternes tilstedeværelse i teamene forbliver daglig og synlig, indtil den aktiverende/rehabiliterende tænkning og praksis er dominerende hos størstedelen af medarbejderne – og hermed også blandt medarbejdere, der formår at sætte aktivering/rehabilitering på dagsordenen i teamet. En indikator for dette er, at det ikke længere er rehabiliteringskonsulenten, der bringer fokus på dette ind i dialogen, samt at det ikke længere er denne, der er den primære aktør til at udfordre omsorgslogikken og fastholde fokus på aktivering/rehabilitering. Det anbefales også, at der tilknyttes en rehabiliteringskonsulent til aften-/nat-teamet for at fremme, at alle medarbejdere, der kommer hos borgerne, arbejder aktiverende/rehabiliterende. KORA vurderer, at der er en stor risiko for, at omsorgslogikken og den kompenserende hjælp igen vil dominere, hvis ikke medarbejderne dagligt støttes i at arbejde aktiverende/rehabiliterende.
- **Læringen skal styrkes i teamene.** KORA foreslår, at læring i organisationen understøttes yderligere, fx ved at indføre en anden form for mødeledelse på rehabiliteringsmøderne. Mødeledelsen skal sikre struktur i møderne og et lærende miljø. En inspiration til dette kan være Beboerkonferencen, som bl.a. Socialstyrelsen anbefaler at anvende i arbejdet med demente, og da Egedal Kommune samtidig fokuserer på at kompetenceløfte arbejdet med borgere med demens, er der – ved at tage udgangspunkt i Beboerkonferencen – mulighed for synergieffekt. Beboerkonferencen er en arbejdsproces, hvor borgeren både observeres og vurderes, såvel som et møde hvor beboeren drøftes, og hvor det besluttes, hvordan man skal arbejde videre med borgeren. Dette møde er et faciliteret læringsrum, beskriver Ravn (2015). Konferencen er funderet på praksiseksempler og en bestemt form for mødeledelse, som fremmer mødedeltagernes oplevelse af at have autonomi, kompetencer og et tilhørsforhold til gruppen. Mødelederen skal være aktiv i forhold til at styre, hvem der kommer til orde hvornår, og at der fokuseres på det positive frem for det negative. Det er en meget aktiv og faciliterende mødelederrolle, der kræver andre tilgange, end normalt ses i fx hjemmeplejen. Det vil typisk være lederen, der indtager rollen som mødeleder, mens rehabiliteringskonsulenterne skal træde et skridt i baggrunden og komme konsulterende til orde efter bestemte foranledninger på mødet. Denne form for lærende møde vil således også understøtte processen med, at medarbejderne selv bliver mere aktive i forhold til at sætte en aktiverende/rehabiliterende dagsorden, og at konsulenterne indtager en konsulterende rolle. Endelig er det også sandsynligt, at Sygeplejen vil finde den mere strukturerede mødeform mere meningsfuld at deltage i. Da dette er en markant anderledes måde at holde møde på i Hjemmeplejen, og da læringsudbyttet er afhængigt af, at møderne afholdes som beskrevet (se fx Ravn 2015), vil det forudsættes, at ledere uddannes til at afholde møderne, og at der allokeres ressourcer til at implementere mødeformen.
- **Hjemmeplejerne skal turde være aktiverende/rehabiliterende i samarbejdet med borgeren.** KORA anbefaler, at der fokuseres mere på at gøre såvel tovholderne som de øvrige medarbejdere i hjemmeplejen mere tilpas med at stille krav til borgeren. Da konflikter med borgerne er en væsentlig barriere for, at borgerne befinder sig godt med rollen, foreslår KORA, at der fokuseres på at ruste medarbejderne til at håndtere konflikter på en konfliktnedtrappende måde, og som en del af dette være tydelige over for borgeren om, at

medarbejderne selv bakker op om, at en aktiverende/rehabiliterende tilgang er den rette. En mødeform som beskrevet i punktet ovenfor vil sandsynligvis styrke medarbejdernes kompetencer til netop dette, fordi cases drøftes grundigt, før det besluttes, hvad der er den rette tilgang til borgeren. Det betyder, at medarbejderne således vil have gjort sig klart, hvorfor tilgangen er den rette – og ved, at deres kollegaer bakker op om den og derfor sandsynligvis vil have nemmere ved selv at stå inde for beslutningen, også over for borgerne (jf. Kjellberg et al. 2013).

- KORA anbefaler også, at der arbejdes med, at Visitationen kommunikerer klart til borgerne, hvad de visiterer til, og hvilket forløb det indebærer. Dette for at borgerne ikke skal stå undrende over dagsordenen ved opstartsbesøget til et rehabiliterende forløb og med skuffede forventninger over ikke at modtage kompenserende hjælp.
- **Samarbejdet med borgeren ⇔ samarbejdet med Hjemmeplejen.** KORA foreslår, at det bliver et tilbagevendende punkt på mødedagsordenen at adressere, at en del af en rehabiliterende arbejdsgang er at tage udgangspunkt i borgerens oplevelse af sin situation og adressere, hvordan dette gøres i praksis. For eksempel ved at spørge ind til borgerens situation og tage deres oplevelse med i deres videre arbejde med borgeren.
- KORA anbefaler også, at der så vidt muligt etableres et fast team om borgere i et rehabiliteringsforløb, da de i højere grad vil kunne motivere borgerne, fordi de vil kunne basere deres motivation af borgeren på en reel erfaring med borgerens udvikling. Herudover viser andre undersøgelser, at der, hvor arbejdet med hverdagsrehabilitering for alvor lykkes, er hvor der er et lille, tværfagligt team om den enkelte borger (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg 2011).
- **Aktiverings- og rehabiliteringstilbud.** KORA foreslår, at der oprettes en tilbudsbank, som giver overblik over, hvilke frivillige tilbud der er for ældre i lokalområderne, og hvordan borgerne kan blive en del af dem. Det vil kunne styrke medarbejdernes samarbejde med borgerne og være en måde, hvorpå hjemmeplejerne oplever at have et redskab, der gør det muligt for dem at afslutte borgere med deres faglige og personlige integritet intakt.
- **Dokumentationen – det tekniske.** KORA anbefaler, at it-problemerne løses, således at det er muligt for alle medarbejdere at orientere sig i borgerens plan umiddelbart før mødet hos borgeren og dokumentere umiddelbart efter (jf. Pedersen, Buch & Holm-Pedersen 2014).
- **Dokumentationen – det strukturelle.** KORA anbefaler, at det drøftes, afklares og formidles ud i organisationen, hvem der er modtageren af dokumentationen i handleplanen, og hvad behovet for information i dokumentationen er. Det faglige niveau og sprogbrug i dokumentationen skal defineres ud fra dette samt ud fra det faglige niveau og sprogbrug, som hjemmeplejerne mestrer (jf. Pedersen, Buch & Holm-Pedersen 2014). KORA foreslår, at der i en periode afsættes tid til, at hjemmeplejerne og modtagerne af dokumentationen kan være i direkte dialog med hinanden, da direkte og positiv dialog mellem samarbejdspartnere har et udviklende potentiale. Herudover foreslår KORA også, at der afsættes mere tid til hjemmeplejernes dokumentation, så de kan blive fortrolige med opgaven på det tekniske, strukturelle, psykologiske og kulturelle plan.
- **Dokumentationen – det psykologiske.** KORA anbefaler, at der sættes fokus på at øge medarbejdernes tro på egne kompetencer vedrørende skriftlighed, samt at der italesættes en "ok-fejl-politik" (en modsætning til en nul-fejls-politik), hvor det er ok ikke at mestre dokumentationen, for denne mestring er noget, der udvikles i en positiv ånd på tværs af kommunens enheder (jf. Pedersen, Buch & Holm-Pedersen 2014).
- **Dokumentationen – det kulturelle.** KORA anbefaler, at det indarbejdes som en fast praksis, at medarbejderne orienterer sig i borgerens handleplan. For at medarbejderne vil

tage redskabet i brug, vil det skulle være meningsfuldt at anvende det. KORA foreslår, at der fokuseres på netop at gøre det meningsfuldt at orientere sig i handleplanen, og det kræver fx, at der fortsat arbejdes på at gøre den aktiverende/rehabiliterende tilgang til den legitime, samt det at gøre sit arbejde godt forbindes med at have en fælles tilgang til borgeren, som bl.a. opnås ved at orientere sig i en opdateret dokumentation (jf. Pedersen, Buch & Holm-Pedersen 2014).

- I tråd med borgerinddragelsestanken foreslår KORA, at der kan etableres en praksis, hvor medarbejderne skal notere hos borgerne og samtidig fortælle dem, hvad de skriver. Det forudsætter naturligvis, at it-problemerne overkommes.
- Punkterne for dokumentation *er indbyrdes afhængige*, og KORA anbefaler, at der arbejdes med samtlige samtidig.
- **Koordinering på tværs.** KORA anbefaler, at der arbejdes med at implementere arbejds-gange og it-løsninger, der gør det let for medarbejdere i forskellige teams, fx fra Trænings-teamet og Hjemmeplejen, at orientere sig i, hvad de hver især laver sammen med borgeren. KORA foreslår desuden, at medarbejdere fra samtlige teams, der arbejder med en konkret borger, mødes til fælles drøftelse af deres opgaver og tilgang til samarbejdet med borgeren. I Vesthimmerlands Kommune arbejder de fx med et dialogmøde inden opstart af et rehabiliteringstilbud, hvor de både inddrager øvrige kommunale og private aktører (Kjellberg et al. 2013).
- Når Sygeplejen vurderer, at opgaven ikke længere er kompleks, og der opstår et rehabiliteringspotentiale, kan overleveringen af borgere fra Sygeplejen til Hjemmeplejen struktureres bedre. KORA foreslår, at medarbejderne på et overleveringsmøde fx systematisk gennemgår det fremadrettede potentiale for, at borgeren bliver mere selvhjulpne (jf. Navne & Kjellberg 2013).
- KORA foreslår, at samarbejdet med Hjælpemiddelteamet styrkes, og at de evt. får en større tilstedeværelse i borgernes forløb eller i et kompetenceløft af medarbejderne i Hjemmeplejen, så borgerne i højere grad vil opleve at få relevant og proaktiv sparring om hjælpemidler.
- **Med udgangspunkt i borgerens egne mål.** KORA anbefaler, at de rehabiliterende forløb i højere grad udformes efter, hvad der er borgerens egne mål frem for på basis af et ydelsesfokus, så der kan bygges på borgerens motivation i forløbet, og så sandsynligheden øges for, at det er en aktiverende/rehabiliterende tilgang, der præger alle dele af den støtte, de modtager.



# Litteratur

- Bjerregaard, T. 2011, "Institutional change at the frontlines. A comparative ethnography of divergent responses to institutional demands", *Qualitative Research in Organizations and Management*, vol. 6, no. 1, pp. 26-45.
- Deephouse, D.L. & Suchman, M. 2008, "Legitimacy in Organizational Institutionalism" in *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, eds. R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin & R. Suddaby, Sage, London, pp. 49-77.
- Egedal Kommune 2015, *Ydelseskatalog: Personlig & Praktisk hjælp. Servicelovens § 83 a. Januar 2015. Til brug for visitatorer og leverandører (upubliceret)*, Egedal Kommune, [u. st.].
- Egedal Kommune [U.å.], *Projektdokument for Det Gode Hverdagsliv - Rehabilitering i Egedal. Tidsperiode: 2014 - 2017 (upubliceret)*, Egedal Kommune, [U.st.].
- Joutsenvirta, M. & Vaara, E. 2009, "Discursive (de)legitimation of a contested Finnish greenfield investment project in Latin America", *Scandinavian Journal of Management*, vol. 25, no. 1, pp. 85-96.
- Kjellberg, P.K., Hauge-Helgestad, A., Madsen, M.H. & Rasmussen, S.R. 2013, *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*, Socialstyrelsen, Odense.
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. 2011, *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger*, DSI, København.
- Københavns Universitet, Implement, KORA & Socialstyrelsen 2013, *Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne. Litteraturgennemgang*, Socialstyrelsen, Odense.
- Madsen, M.H., Christensen, I.E., Kjellberg, P.K., Kjellberg, J. & Ibsen, R. 2014, *Gør borgeren til mester i Esbjerg Kommune*, KORA, København.
- Navne, L.E. & Kjellberg, P.K. 2013, *Aktiv i din hverdag i Hillerød Kommune*, KORA, København.
- Pedersen, H.S., Buch, M.S. & Holm-Pedersen, C. 2014, *Dokumentation i praksis. Undersøgelse af ældreområdet i Randers Kommune*, KORA, København.
- Ravn, I. 2015, *Beboerkonferencen som faciliteret læringsrum. Notat om læringsteoretisk baggrund for beboerkonferencer*, Socialstyrelsen, Odense.
- Reay, T., Golden-Biddle, K. & Germann, K. 2006, "Legitimizing a New Role: Small Wins and Microprocesses of Change", *The Academy of Management Journals*, vol. 49, no. 5, pp. 977-998.
- Rehabiliteringsforum Danmark 2004, *Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*, MarselisborgCentret, Aarhus.
- Suchman, M.C. 1995, "Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches", *Academy of Management Review*, vol. 20, no. 3, pp. 571-610.
- Suddaby, R. & Greenwood, R. 2005, "Rhetorical Strategies of Legitimacy", *Administrative Science Quarterly*, vol. 50, no. 1, pp. 35-67.
- Tuntland, H. & Ness, N.E. 2014, "Hva er hverdagsrehabilitering?" in *Hverdagsrehabilitering*, eds. H. Tuntland & N.E. Ness, 1st edn, Gyldendal Akademisk, Oslo, pp. 21-41.

Vaara, E. & Monin, P. 2010, "A Recursive Perspective on Discursive Legitimation and Organizational Action in Mergers and Acquisitions", *Organization Science*, vol. 21, no. 1, pp. 3-22.

Vaara, E. & Tienari, J. 2008, "A Discursive Perspective on Legitimation Strategies in Multinational Corporations", *Academy of Management Review*, vol. 33, no. 4, pp. 985-993.

Vaara, E., Tienari, J. & Laurila, J. 2006, "Pulp and Paper Fiction: On the Discursive Legitimation of Global Industrial Restructuring", *Organization Studies*, vol. 27, no. 6, pp. 789-810.

Van Leeuwen, T. & Wodak, R. 1999, "Legitimizing Immigration Control: A Discourse-Historical Analysis", *Discourse Studies*, vol. 1, no. 1, pp. 83-118.



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

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00