

# Evaluering af opgaveflytning mellem sygeplejersker og fysio- og ergoterapeuter på Aarhus Universitetshospital



## **Evaluering af opgaveflytning mellem sygeplejersker og fysio- og ergoterapeuter på Aarhus Universitetshospital**

©Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland, oktober 2023

Sprog: Dansk

Rapporten er udarbejdet af:

Jakob Ratajczak Nielsen (JRN), videnskabelig assistent, Fysio- og Ergoterapi, Aarhus Universitetshospital

Maja Vinding Bay (MVB), videnskabelig assistent, Fysio- og Ergoterapi, Aarhus Universitetshospital

Dorthe Sørensen (DS), docent, Forskningscenter for Sundhed og Velfærdsteknologi, VIA University College

Anne Aagaard Weis (AAW), kvalitetsansvarlig terapeut, Fysio- og Ergoterapi, Aarhus Universitetshospital

Nanna Rolving (NR), forskningsleder, Fysio- og Ergoterapi, Aarhus Universitetshospital

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således: Forfatter(e): Nielsen, JR, Bay MV, Sørensen D, Weis AA, Rolving N

Titel: Evaluering af opgaveflytning mellem sygeplejersker og fysio- og ergoterapeuter på Aarhus Universitetshospital

Aarhus: Fysio- og Ergoterapi, Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland, 2023

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Fysio- og Ergoterapi, Aarhus Universitetshospital

Palle Juul-Jensens Boulevard 35, 8200 Aarhus N

E-mail: fysergo@rm.dk

## Indholdsfortegnelse

Resumé .....	3
<b>1.0 Baggrund:</b> .....	5
<b>1.1 Et sundhedsvæsen under pres</b> .....	5
<b>1.2 Opgaveflytning som en mulig løsning</b> .....	5
<b>1.3 Model for opgaveflytning på Aarhus Universitetshospital</b> .....	6
<b>2.0 Formål:</b> .....	6
<b>3.0 Metode og materiale</b> .....	6
<b>3.1 Setting</b> .....	6
<b>3.2 Deltagere</b> .....	6
<b>3.3 Design</b> .....	6
<b>3.4 Dataindsamling og analyse:</b> .....	7
<b>3.5 Godkendelser og etiske overvejelser</b> .....	8
<b>4.0 Resultater</b> .....	8
<b>4.1 Varierende fælles fodslag</b> .....	9
<i>4.1.1 Ledernes prioriteringer</i> .....	9
<i>4.1.2 Uklare forventninger, rammer og regler</i> .....	10
<i>4.1.3 Hverdagens dilemmaer</i> .....	10
<b>4.2. Dem og os - A og B roller:</b> .....	12
<i>4.2.1 Den nye terapeut rolle:</i> .....	12
<i>4.2.2. Nye opgaver og ansvar:</i> .....	13
<i>4.2.3 Todelt ledelse:</i> .....	13
<b>4.3 Håb og Frygt:</b> .....	14
<i>4.3.1 Forandringen:</i> .....	14
<i>4.3.2 Faglig identitet:</i> .....	15
<i>4.3.3 Faglig kvalitet</i> .....	16
<b>4.4 Implementering mellem vision og praksis:</b> .....	17
<b>4.4.1 Kommunikation</b> .....	17
<b>4.4.2 Introduktion og oplæring</b> .....	18
<b>4.4.3 Lederens ansvar</b> .....	19
<b>5.0 Diskussion</b> .....	20
<b>Referenceliste</b> .....	25
<b>Bilag 1</b> .....	27

## **Resumé**

### **Baggrund**

I adskillige lande, inklusiv Danmark, er der i årevis blevet rapporteret om rekrutterings- og fastholdelsesproblemer inden for sygeplejefaget. Manglen på sygeplejersker har affødt politiske indgreb som sundhedsreformen, der fremhæver forskellige løsninger som fx opgaveflytning til andre faggrupper, med henblik på at kunne løse nogle af de opgaver, som i dag varetages af sygeplejersker. Siden januar 2022 har Aarhus Universitetshospital afprøvet en ny model med opgaveflytning mellem sygeplejersker og terapeuter. Dette har involveret ansættelse af 20 fysio- og ergoterapeuter i en ny funktion som "rehabiliteringsterapeuter". Selvom initiativet sigter mod at afhjælpe sygeplejerskemanglen, er hovedtanken, at terapeuterne fortsat skal udføre opgaver inden for deres kernekompetencer.

### **Formål**

Med nærværende undersøgelse ønskede vi at undersøge, hvordan frontmedarbejdere og ledere har oplevet opgaveflytning mellem fysio- og ergoterapeuter og sygeplejersker på Aarhus Universitetshospital, herunder identificere barrierer og facilitatorer for meningsfuld opgaveflytning.

### **Metode**

Undersøgelsen er designet med flere faser, med inddragelse af både kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitative data blev indsamlet igennem deltagerobservationer på fire afsnit, fokusgrupper med fem frontmedarbejdere og fire terapeutfaglige ledere, samt individuelle interviews med tre oversygeplejersker. Kvantitative data blev indsamlet via spørgeskemaer, som blev udsendt til samtlige afdelinger som havde rehabiliteringsterapeuter ansat på tidspunktet for undersøgelsen. Der blev modtaget i alt 133 besvarelser fra henholdsvis rehabiliteringsterapeuter, øvrige fysio- og ergoterapeuter, sygeplejersker, oversygeplejersker og terapeutfaglige ledere. Data er indsamlet i perioden marts til september 2023.

### **Resultater**

Analysen af data resulterede i fire overordnede temaer, hvor organisatoriske, ledelsesmæssige og faglige faktorer udspillede sig på forskellige vis.

Det første tema, 'Varierende fælles fodslag', afspejlede en grundlæggende forskellig forståelse og prioritering af rehabiliteringsterapeuternes rolle og opgave mellem oversygeplejerskernes og de terapeutfaglige ledere. Dette udmøntede sig i uklarhed i forventninger, rammer og regler for organiseringen af den fælles opgaveløsning, som rent praktisk efterlod frontmedarbejderne i en række dilemmaer i hverdagen. Analysen af spørgeskemaerne viste, at ca. 40% af frontmedarbejderne og de fleste af lederne angav, at der var mangel på klare rammer omkring fordeling af opgaver og ansvar mellem faggrupperne.

Det andet tema, 'Dem og os - A og B roller', afspejlede, at den nye model for opgaveløsning krævede, at både frontmedarbejdere og ledere påtog sig nye roller. Organiseringen af rehabiliteringsterapeut-funktionen gjorde,

at det både var en udfordring at finde snitfladen i opgaver og ansvar mellem sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter, men i lige så høj grad også i forhold til de øvrige fysio- og ergoterapeuter. Rehabiliteringsterapeuternes rolle var ofte låst fast af ledelsesbestemte rammer, som gjorde dem mindre attraktive for afdelingerne, hvor de var ansat, mens de samtidig også oplevede sig begrænsede i at kunne udøve deres terapeutfaglige kompetencer – de var hverken "rigtige" terapeuter eller "rigtige" sygeplejersker. Også oversygeplejersker og terapeutfaglige ledere oplevede udfordringer i forhold til deres roller i den todelte ledelse af rehabiliteringsterapeuterne.

Det tredje tema, 'Håb og frygt' afspejlede primært tre ting: Den forandring, som den nye model for opgaveløsning medførte, blev både fulgt af et håb om, at belastningen på sygeplejegruppen ville blive afhjulpet, og at terapeuternes faglighed samtidig ville bidrage til at øge kvaliteten af de patientnære opgaver. Samtidig var der også en frygt for, hvad den nye model for opgaveløsning betød for både sygeplejerskernes og rehabiliteringsterapeuternes faglige identitet, og om terapeuterne havde tilstrækkelige kompetencer til at opretholde den plejefaglige kvalitet i patientbehandlingen. Data fra spørgeskemaerne viste dog, at bekymringer for kvalitet og forandring, som kvalitative data pegede på, ikke var den generelle oplevelse. I spørgeskemaet svarede kun 20%, at de i høj grad eller nogen grad oplevede, at den nye løsningsmodel havde medført ringere behandlingskvalitet og øget risiko for utilsigtede hændelser. Samtidig angav knap 70% af respondenterne, at de oplevede, at den nye model for opgaveløsning havde medført en bedre opgaveløsning og øget aktivitetsniveau hos indlagte patienter.

Det fjerde og sidste tema, 'Implementering mellem vision og praksis', pegede på faktorer af særlig betydning for, i hvor høj grad implementeringen af den nye model for opgaveløsning var lykkedes i de enkelte afdelinger. Her spillede kommunikation en vigtig rolle, både i form af metakommunikation fra ledelsen omkring formål, forventninger og rammer, men også i form af vedvarende kommunikation om opgaveløsningen i hverdagen mellem medarbejderne. Ligeledes blev velplanlagte introduktions- og oplæringsforløb nævnt som faciliterende for implementering. Afslutningsvist blev ledelsens ansvar fremhævet som afgørende for at skabe medejerskab og opbakning til den nye model for opgaveløsning. Her viste undersøgelsen samtidig, at præmisserne for ledelse, var vanskeliggjort af både geografisk afstand, mangel på tid og organisatorisk støtte til opgaven.

## **Konklusion**

Den nye model for opgaveløsning på Aarhus Universitetshospital viste i et vist omfang, at ansættelsen af rehabiliteringsterapeuterne både øgede patienternes aktivitetsniveau, øgede kvaliteten i opgaveløsningen af de patientnære opgaver, og mindskede vagtbelastningen på sygeplejerskerne. En række faktorer udfordrede den fælles opgaveløsning, herunder væsentligst manglende fælles fodslag fra ledelsen omkring formål, retning og rammer for opgaveløsningen; mangelfuld kommunikation omkring funktion, opgaver og ansvar; samt en frygt for tab af faglig identitet hos både terapeuter og sygeplejersker.

## **1.0 Baggrund:**

### **1.1 Et sundhedsvæsen under pres**

I adskillige lande, inklusive Danmark, er der i årevis blevet rapporteret om rekrutterings- og fastholdelsesproblemer inden for sygeplejefaget (1-4). Samtidig lever flere danskere længere med kronisk sygdom, takket være bedre diagnostik og behandling, hvilket fører til et stigende antal borgere med én eller flere behandlingskrævende kroniske sygdomme (2). Det anslås, at der i takt med det stigende antal ældre i befolkningen frem imod 2030 vil komme til at mangle 8.200 sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen (2, 5, 6). Ligeledes viser tal fra Sundhedsdata-styrelsen, at ca. 1500 sygeplejersker har valgt at forlade de offentlige sygehuse siden 2021 (7).

En undersøgelse fra sommeren 2023 undersøgte årsagerne til, at danske sygeplejersker har forladt det offentlige sundhedssystem (4). Undersøgelsen omfattede 435 sygeplejersker og indikerede, at mange valgte at arbejde i det private, hos praktiserende læger eller i Norge, primært på grund af utilfredshed med arbejdsvilkår, politisk diskurs og store arbejdsbyrder (4). Manglen på sygeplejersker har affødt politiske indgreb som sundhedsreformen, der fremhæver forskellige tiltag for at håndtere sygeplejerskemanglen (2). Én af disse løsninger er involvering af andre faggrupper, med henblik på at kunne løse nogle af de opgaver, som i dag ligger hos sygeplejersker, via en tilpasning til andre relevante faggrupper (2). Disse løsninger bør fortsat sikre rette kompetencer på rette sted og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet (2).

### **1.2 Opgaveflytning som en mulig løsning**

I Danmark er der både på hospitaler og i kommunalt regi forsøgt med forskellige modeller for opgaveflytning for at håndtere sygeplejerskemangelen. Der har i længere tid været gjort brug af opgaveflytning til andre faggrupper såsom farmaceuter, SOSU-assistenter, -hjælpere og diætister m.m., men indenfor de seneste år også til fysio- og ergoterapeuter (8-14). Resultaterne af opgaveflytning til fysio- og ergoterapeuter i en dansk kontekst er dog sparsomt afrapporteret. International forskningslitteratur omhandler primært opgaveflytning blandt sygeplejersker, jordemødre, læger, farmaceuter og assistenter (15-23), og der findes kun sparsom litteratur omkring opgaveflytning mellem sygeplejersker og fysio- og ergoterapeuter. Samtidig er litteraturen primært fokuseret på isolerede opgaveflytninger (fx kikkertundersøgelse, screeninger, vaccination), hvilket ikke afspejler kompleksiteten i de tværfaglige tilgange, der afprøves flere steder i Danmark. Her viser de rapporterede erfaringer, at fysio- og ergoterapeuter påtager sig en bred vifte af opgaver, der kræver større fleksibilitet i forhold til faggrænser (8-14). Resultaterne af litteratursøgningen peger på flere faktorer, der skal være til stede for at opnå en vellykket opgaveflytning, som fx ledelses- og organisatorisk opbakning, politisk opbakning, tid til oplæring, tillid og respekt mellem faggrupper og klare rolledefinitioner (17-23). Et samlet overblik med en uddybning af de i litteraturen identificerede faktorer kan ses i Tabel 1, Bilag 1.

Disse faktorer genfindes også i erfaringerne videregivet i de førnævnte danske rapporter om opgaveflytning, eksempelvis betydningen af kommunikation og misforståelser, bureaukrati og systembrydere samt tillid og skepsis mellem faggrupper.

### **1.3 Model for opgaveflytning på Aarhus Universitetshospital**

Siden januar 2022 har Aarhus Universitetshospital (AUH) afprøvet en ny model for opgaveflytning mellem sygeplejersker og terapeuter, som en del af hospitalets "360 graders plan" (9). Den nye model for opgaveløsning har haft til formål at imødegå hospitalets udfordringer med sygeplejerskemangel på flere afsnit, og har involveret ansættelsen af 20 fysio- og ergoterapeuter i en ny funktion som "rehabiliteringsterapeuter". Selvom initiativet sigter mod at afhjælpe sygeplejerskemanglen, er hovedtanken, at terapeuterne fortsat skal udføre opgaver inden for deres kernekompetencer. Dette eksempelvis ved bidrage med et øget rehabiliterende fokus i patientforløb i tæt samarbejde med plejepersonale, samt håndtering af opgaver såsom mobilisering, forflytning, lejringer, udskrivelser, træning i ADL m.m. (9). Samtidig var der en forventning om, at den nye model kunne være med til at skabe bedre arbejdsvilkår og medarbejderfastholdelse, især blandt plejepersonalet. Det bør bemærkes, at grundet den pressede personalesituation på flere afdelinger på AUH var der en meget kort tidsramme (få uger) fra man traf beslutningen om at afprøve en ny løsningsmodel og frem til ansættelsen af de 20 rehabiliteringsterapeuter, hvilket vanskeliggjorde præmissen for en fælles udvikling og implementering af rehabiliteringsterapeutfunktionen.

### **2.0 Formål:**

Med nærværende undersøgelse ønskede vi at undersøge, hvordan frontmedarbejdere og ledere oplevede opgaveflytning mellem terapeuter og sygeplejersker på Aarhus Universitetshospital, herunder identificere barrierer og facilitatorer for meningsfuld opgaveflytning.

### **3.0 Metode og materiale**

#### **3.1 Setting**

Undersøgelsen er gennemført på AUH på de afdelinger, hvor opgaveflytningen, i form af ansættelse af rehabiliteringsterapeuter, har været etableret siden januar 2022.

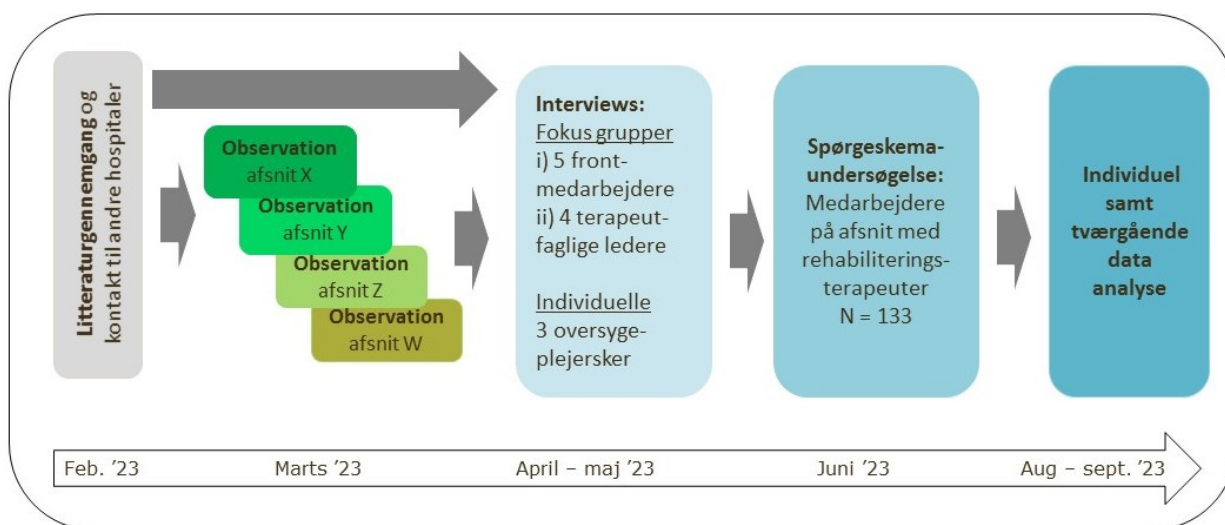
#### **3.2 Deltagere**

Rehabiliteringsterapeuter, sygeplejersker og øvrige fysio- og ergoterapeuter, som var ansat ved eller tilknyttet de afdelinger, hvor rehabiliteringsterapeuterne var ansat på tidspunktet for undersøgelsen, kunne indgå. Derudover indgik oversygeplejersker på de relevante afsnit samt terapeutfaglige funktionsledere, som havde fagligt ledelsesansvar for rehabiliteringsterapeuterne.

#### **3.3 Design**

Undersøgelsen er designet med flere faser, med inddragelse af både kvalitative og kvantitative metoder, beskrevet i det følgende, samt illustreret i Figur 1.

**Figur 1 – Overblik over projektets faser og tidslinje**



### 3.4 Dataindsamling og analyse:

*Observationer:* Der blev gennemført deltagerobservationer af sygeplejerskers og rehabiliteringsterapeuters arbejde på fire forskellige afsnit, med udgangspunkt i James Spradley's metode (24). Observationerne foregik over flere dage, hvor daglige aktiviteter (morgenmøder, patientbehandlinger, dokumentationsarbejde mm.) blev observeret. Aktiviteter blev også valgt ud fra, hvad de involverede klinikere vurderede som relevante aktiviteter, herunder kontakt til andet relevant personale. Observationerne blev gennemført, så der også var rum for uddybende spørgsmål (mini-tour questions), for at få en større forståelse for kontekst og handlinger på de enkelte afdelinger (24, 25). Data fra deltagerobservationer blev løbende nedskrevet i form af feltnoter, som løbende blev analyseret og sammenfattet til tematikker (24).

*Interviews:* Tematikkerne identificeret i data fra deltagerobservationerne samt temaer identificeret i litteraturen blev anvendt til at udarbejde interviewguides til hhv. i) fokusgruppeinterview med frontmedarbejdere (26), ii) individuelle interviews med oversygeplejersker, iii) fokusgruppeinterview med terapeutfaglige ledere (24, 25). Fokusgruppeinterviewet med rehabiliteringsterapeuterne og sygeplejerskerne blev ledet af en moderator, som ikke i øvrigt var involveret i projektet, og som ikke havde terapeut- eller sygeplejefaglig baggrund (26). De individuelle interviews med oversygeplejersker samt fokusgruppeinterview med terapeutfaglige ledere blev gennemført af den daglige projektleder (fysioterapeut, sundhedsfaglig kandidat) (25).

Frontmedarbejdere til fokusgruppeinterview blev rekrutteret via oversygeplejersker på de respektive afsnit. Oversygeplejersker blev rekrutteret på baggrund af den indsamlede data fra observationer og frontmedarbejder interviews. Dette for at indhente perspektiver fra afsnit med forskellige erfaringer med den nye model for opgaveløsning. I fokusgruppeinterview med terapeutfaglige ledere deltog alle de fire ledere, som havde været involveret i forløbet med rehabiliteringsterapeuterne.

Individuelle og fokusgruppeinterviews blev optaget med en diktafon og transskriberet ordret umiddelbart efter, at interviewene fandt sted.



Kodning af de transskriberede interviews blev foretaget i programmet NVivo (27) af to personer fra projektgruppen (JRN samt AAW). I analysearbejdet blev der anvendt datastyret tematisk analyse jf. Braun og Clark (28, 29). Under analysearbejdet blev der afholdt sparringsmøder i projektgruppen, med henblik på at validere analyseresultatet. Data blev anskuet ud fra et konstruktivistisk perspektiv, hvilket indbefatter en anerkendelse af, at projektgruppen, forskningsspørgsmålet og det forudgående kendskab til litteraturen influerer analyseresultatet.

*Spørgeskema:* Data fra observationer og interviews dannede grundlag for udformningen af en efterfølgende spørgeskemaundersøgelse, som havde til formål at indhente en bredere repræsentation af perspektiver på temaerne identificeret i observations- og interviewfaser samt i litteraturen. Disse spørgeskemaer blev udsendt via e-mail til alle frontmedarbejdere og afdelingsledere på de relevante afsnit (hvor rehabiliteringsterapeuter var ansat på undersøgelsens tidspunkt). Data fra spørgeskema blev analyseret med deskriptiv statistik, dvs. angivelse af antal og procent for de forskellige svarkategorier. Spørgeskemaet kan rekvireres ved henvendelse til rapportens forfattere.

### **3.5 Godkendelser og etiske overvejelser**

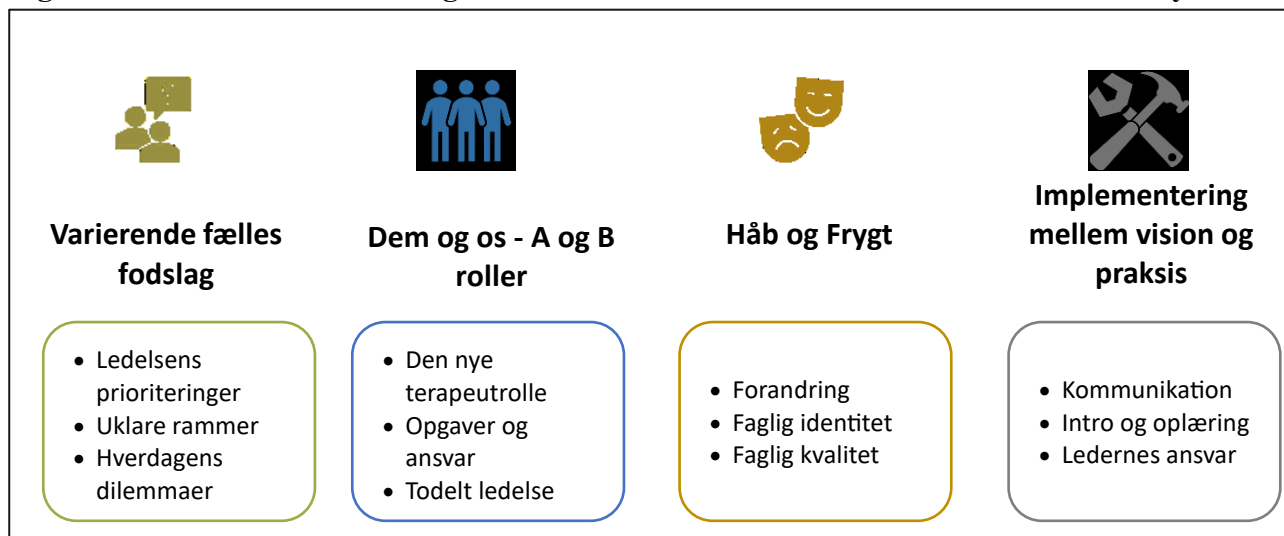
Jævnfør Komitéloven §14 stk. 2 er interview- og spørgeskemaundersøgelser undtaget anmeldelsespligt, og projektet er derfor ikke anmeldt til etisk komité (30). Data fra både observationer, interviews (lydfiler og transskriptioner) og spørgeskemaer (som trækkes ud af REDCap) blev opbevaret i en begrænset mappe i Region Midtjyllands MidtX system. Projektet er fortegnet i Region Midtjyllands interne fortegnelse over forskningsprojekter (journal nr. 1-16-02-59-23).

## **4.0 Resultater**

Der blev gennemført observationer svarende til cirka 60 timer (fordelt på dag- og aftenvagter). Fokusgruppeinterviewet med frontmedarbejderne havde en varighed på 1 time og 20 minutter, de individuelle interviews med de tre oversygeplejersker varede i gennemsnit 40 minutter, mens fokusgruppeinterviewet med de fire terapeutfaglige ledere varede i alt 1 time og 21 minutter. I alt har 133 personer besvarede spørgeskemaet, hvoraf otte var rehabiliteringsterapeuter, 22 var andre fysio- og ergoterapeuter, fem var oversygeplejersker, fire var terapeutfaglige ledere, mens de øvrige respondenter var sygeplejersker.

Den tværgående tematisk analyse af data fra observationer og interviews med både frontmedarbejdere og ledere resulterede i fire overordnede temaer, med hver flere undertematikker, illustreret i Figur 2. I det følgende afsnit vil hvert tema, med tilhørende undertematikker, blive beskrevet narrativt og underbygget med citater samt data fra relevante spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen.

**Figur 2. Overblik over temaer og tilhørende undertematikker fra den kvalitative analyse**



#### **4.1 Variierende fælles fodslag**

Der var forskellige forståelser af, og dermed varierende fælles fodslag om, hvilke opgaver rehabiliteringsterapeuterne skulle udføre i praksis, med hvilket formål, og med hvilket ledelsesmæssigt mandat. I det følgende uddybes hvordan det vigende fælles fodslag viste sig på lederniveau i form af forskellige prioriteringer, hvilket medførte uklarhed omkring forventninger til og rammer for den nye model for opgaveløsning, som igen afspejledes i konkrete dilemmaer i praksis hos frontmedarbejderne.

##### *4.1.1 Ledernes prioriteringer*

I beskrivelsen af det overordnede formål med etableringen af rehabiliteringsterapeutfunktionen, var det intentionen at sikre, at de patientnære opgaver på de respektive afdelinger blev løst med en tilfredsstillende kvalitet og med et ønske om at højne kvaliteten i de opgaver, som meningsfuldt kunne løses af en person med terapeutfaglig baggrund. Analysen af særligt lederinterviewene viste dog, at lederne havde forskellige prioriteringer i forhold til implementeringen af løsningsmodellen. For oversygeplejerskerne var prioriteten i høj grad at sikre tilstrækkelig bemanning til at dække de sygeplejefaglige opgaver, og dermed sikre patientbehandlingen og ikke mindst en rimelig arbejdsbelastning for sygeplejegruppen. De terapeutfaglige ledere udtrykte i lige så høj grad en prioritering af at sikre rehabiliteringsterapeuternes (terapeut-)faglige ståsted og udvikling, samt at implementere en mere rehabiliterende tilgang til opgaveløsningen på afdelingerne. Dette medførte et varierende fælles fodslag i forhold til forventninger til og rammer for opgavens udførelse i den daglige praksis. En leder fortæller:

*"Fra vores fælles ergo- og fysioterapeutiske synspunkt, der er det simpelthen det med øget aktivitet, øget selvstændighed som en del af hospitalsindlæggelse, der er det helt bærende. Med den der tro på, at vi med det der tema kan gøre en forskel for patienterne. Gad vide om vi har*

*været tydelige nok omkring det? Fordi så var det at få to ting til at mødes - den her agenda som vi har, og så en sygeplejegruppe, som har en hverdag, der skal hænge sammen."*

Terapeutfaglig leder

#### *4.1.2. Uklare rammer*

Det, at man fra ledelsens side havde forskellige forventninger til og prioriteringer i arbejdet med rehabiliteringsterapeutfunktionen, medførte udfordringer i form af uudtalte forventninger, forskellige og uklare rammer og regler som ikke altid gav mening for frontmedarbejderne. Hvor rehabiliteringsterapeuterne havde deres hovedfokus på at tilbyde terapeutrelevante behandlingsmuligheder og bidrage til patientens indlæggelsesforløb gennem øget fokus på aktivitet og deltagelse, så var sygeplejerskerne mere optagede af, om patienterne fik dækket deres behov, og om opgaver og ansvar blev fordelt i henhold til kompetencer. Disse forskellige forventninger fra både ledelse og frontmedarbejdere resulterede i uklarhed om rammer for opgaveløsning og regler ift. faggrænser, som skabte misforståelser og frustration. Under frontmedarbejdernes fokusgruppe interview, bidrog en rehabiliteringsterapeut med følgende perspektiv:

*"Jeg havde en forventning om, at der var samtaler imellem de to ledere – der var styr på hvad var forventningerne? At de havde nogle klare retningslinjer om, hvad er det vi vil med det her projekt? Det syntes jeg, at jeg har manglet. Det var en rigtig stor frustration hos mig i starten".*

Rehabiliteringsterapeut

I spørgeskemaundersøgelsen blev der spurgt til oplevelsen af tydelighed omkring opgaver, ansvar og arbejdsfordeling mellem sygeplejersker, rehabiliteringsterapeuter. Her svarede at 59% af sygeplejerskerne og halvdelen af rehabiliteringsterapeuterne, at de i høj grad eller nogen grad oplevede, at der var en tydelig opgavefordeling mellem sygeplejersker og rehabiliteringsterapeuter. Her var oplevelsen for afsnitsterapeuterne modsat, da kun 17% svarede, at de oplevede, at der (i nogen grad) var en tydelig opgavefordeling.

#### *4.1.3 Hverdagens dilemmaer*

Ovenstående uklarheder om hvordan opgaver skulle udføres, hvornår eller af hvem, resulterede i konkrete dilemmaer i hverdagen. Eksempler på dette sås når rehabiliteringsterapeuterne skulle være den primært ansvarlige for patienter, men prioriterede anderledes end sygeplejerskerne ville gøre. En sygeplejerske fortæller:

*"Det forvirrede enormt meget, det med ansvaret, hvor vi har haft en [rehabiliteringsterapeut] på som primær ansvarlig for en patient, som blev helt enormt dårlig og som kom på intensiv.*

*Hvor terapeuten ikke havde gjort de observationer, som sygeplejersken havde forventet af terapeuten kunne, og kunne reagere på det."*

Sygeplejerske

Ligeledes opstod dilemmaer, når man på afdelingerne gerne ville oplære rehabiliteringsterapeuter til bestemte opgaver, men den terapeutfaglige leder satte en anden ramme:

*"Et konkret eksempel ved os, det var, at der var vores [rehabiliteringsterapeut], blev oplært i at give sondemad. For det ville [personen] gerne. Og det blev vedkommende oplært i, lige så vidt som vi oplærer ufaglærte, sygeplejestuderende og andre vikarer, vi har inde. Men så... er terapeuterne til et eller andet møde og kommer tilbage og siger: "Det må jeg ikke." Så har man lært en kompetence, vedkommende gerne ville, men alligevel ikke måtte".*

Sygeplejerske

Dilemmaer opstod også i snitfladen til afsnitsterapeuterne i afdelingen. Her udtrykte rehabiliteringsterapeuter frustration over, at de ikke måtte udføre fagspecifikke undersøgelser og tests, men i stedet skulle sende opgaven videre til afsnitsterapeuterne. Det efterlod dem med et dilemma i forhold til at yde, hvad de oplevede som den gode patientbehandling og at skabe sammenhæng i opgaverne, over for det at overholde en aftale om opgavefordeling mellem rehabiliteringsterapeuter og afsnitsterapeuter. Denne frustration blev også beskrevet af en sygeplejerske:

*"Der har været total forvirring. Fordi så har der været en terapeut på som primær inde ved en patient, og så skal der fx laves fagtest eller fagundersøgelse, og så spørger jeg den terapeut: "Kan du gøre det?" For det er jo smart! Men så må de ikke. Og så skal der involveres en tredjepart i den her situation, hvor der så skal en terapeut udefra... Det syntes jeg ikke giver nogen mening."*

Sygeplejerske

De tilbagevendende dilemmaer som følge af en uklar snitflade til afsnitsterapeuterne blev underbygget af data fra spørgeskemaerne. Her angav 45% af sygeplejerskerne og halvdelen af rehabiliteringsterapeuterne, at det var uklart, hvilke terapeuter, der tager hvilke opgaver i deres respektive afdeling, mens hele 63% af de øvrige afsnitsterapeuter angav høj eller nogen grad af uklarhed omkring deres opgavefordeling. På samme måde angav syv ud af otte ledere, at der i høj grad eller nogen grad var mangel på klare rammer for opgavefordelingen mellem rehabiliteringsterapeuter og afsnitsterapeuter.

## 4.2. Dem og os - A og B roller:

Den nye model for opgaveløsning kaldte på, at både frontmedarbejdere og ledere påtog sig nye roller – en opgave, der ofte foregik tavst, indirekte og med udtalte forventninger, og som derfor var vanskeligt for flere at manøvrere i. At finde sin nye rolle var i spil både i relationen til opgaver og ansvar knyttet til sygeplejerskers og rehabiliteringsterapeuternes samarbejde, men også i forhold til afsnitsterapeuterne. Oversygeplejersker og terapeutfaglige ledere oplevede tilsvarende udfordringer i forhold til deres nye rolle. Her var det roller knyttet til den todelte ledelse for rehabiliteringsterapeuterne.

### 4.2.1 Den nye terapeut rolle:

Rehabiliteringsterapeuterne gav udtryk for, at det var en udfordring selv at skulle definere den nye funktion og finde fodfæste på deres respektive afdeling. Der var både truffet beslutningen om, at der var en række sygeplejefaglige opgaver, som rehabiliteringsterapeuterne ikke måtte udføre samtidig med, at der var specifikke terapeutfaglige opgaver, de ikke måtte udføre for ikke at tage afsnitsterapeuternes arbejdsopgaver. Dette medførte en oplevelse af, at det var mindre attraktivt at være rehabiliteringsterapeut – som at være på B-holdet. En oversygeplejerske forklarede:

*"Jeg ser bare som personaleleder, at der bliver lagt et loft på deres kompetenceudvikling. Og det er jeg bare ikke vild med, at man gør. Det er mit indtryk, at det er noget organisatorisk, som ledelsen i Fysio- og Ergoterapien har sat ned over, at vi ikke må bruge vores rehabiliteringsterapeuter til nogle opgaver, som vi plejer at bruge terapeuter fra Fysio- og ergoterapien til. Det skaber et A og et B hold. Og jeg syntes det er svært, fordi så gør vi det jo selvfølgelig ikke. Men det betyder også, at det bliver svært for os at se, hvordan vi kan bruge stillingerne helt i længden".*

Oversygeplejerske

Rehabiliteringsterapeuterne udtrykte frustrationer over, at de ikke måtte udføre opgaver de var uddannet til. De forsøgte derfor at opfinde nye eller alternative måder at tænke deres faglighed ind i opgaveløsningen, og begyndte at opsøge muligheder i at hjælpe med at løse andre opgaver i afdelingen, og udvikle en ny faglig identitet ud fra mere sygeplejefagligt prægede opgaver. Sygeplejerskerne udtrykte, at de på den ene side syntes det var positivt at få flere terapeutiske kompetencer involveret i patientforløbene, men på den anden side betragtede de også rehabiliteringsterapeutfunktionen som en erstatning for en sygeplejerske. Derfor anså de også sygeplejeopgaverne som de vigtigste i rehabiliteringsterapeutens prioritering, og gav udtryk for en forventning om, at rehabiliteringsterapeuterne kunne og ville varetage plejenære opgaver. Denne forskel i forståelsen af hvad der var kerneopgaven, påvirkede medarbejdernes mulighed for trygt at træde ind i deres nye roller, og bidrog til "dem og os" opfattelser.

#### 4.2.2. Nye opgaver og ansvar:

Den nye model for opgaveløsning medførte, at nogle af de opgaver, der førhen var sygeplejerskernes arbejde, nu skulle deles med eller helt varetages af rehabiliteringsterapeuterne. Det betød, at rehabiliteringsterapeuter og sygeplejersker skulle tilpasse deres opgaver og ansvar i samarbejde med hinanden. En sygeplejerske fortæller:

*"Der blev lavet en funktionsbeskrivelse, men der var jo stor usikkerhed fra plejepersonalet. Hvad er det... hvordan er det lige. Fordi vi har jo ansat terapeuter, og det var i stedet for en sygeplejerske. Hvad er det, vi kan bruge? Hvordan skal vi arbejde sammen med dem, og hvilke opgaver varetager de? Og hvilke opgaver kan vi varetage? Og får vi så flere opgaver? Den usikkerhed var der helt ekstremt meget "*

Sygeplejerske.

På en anden afdeling lykkedes de over tid med i fællesskab at få defineret de opgaver, som rehabiliteringsterapeuterne kunne være ansvarlige for, og som de qua deres terapeutfaglige kompetencer bidrage særligt godt. En oversygeplejerske fortæller:

*"Jamen rehabiliteringsterapeuterne vælger jo patienterne i samarbejde med sygeplejerskerne – i starten var det jo rigtig meget dem selv, der skulle være opsøgende på at se opgaver. For det var der jo ingen, der kunne se for dem – på det tidspunkt. Og det var de rigtig dygtige til. Nu har gruppen meget mere hånd i hanke med at få givet dem opgaver og få dem sat på tavlen og sådan nogle ting. Så de får de her patienter, får lavet en vurdering af; har der været et funktionsevnefald siden indlæggelsen, hvordan bliver de grebet, når de kommer ud herfra – er der noget som skal justeres – kontakt til borgerkonsulent, hjælpemiddel, hjemmepleje. Alt sådan noget."*

Oversygeplejerske.

#### 4.2.3 Todelt ledelse:

Selvom det formelt var aftalt, at den daglige personaleledelse skulle varetages af oversygeplejerskerne på de respektive afsnit, og den faglige ledelse i den centrale Fysio- og Ergoterapi, så var den todelte ledelse i praksis kompleks og vanskelig. Det oplevedes, at der var uudtalte forventninger til roller og ansvar i den todelte ledelse, som sammen med mangel på tid og ressourcer udfordrede ledelsessamarbejdet fra begge sider. Den terapeutfaglige ledelse havde svært ved at se sig selv som ligeværdige i samarbejdet med oversygeplejerskerne, og oplevede at det var en manglende ejerskabsfølelse på nogle af afdelingerne. Dette gjorde, at de terapeutfaglige ledere endte med at skulle stå med størstedelen af personaleledelsen for rehabiliteringsterapeuterne også.

*"De oversygeplejersker, jeg har siddet med, der har jeg oplevet, det var mig der kom med den største drivkraft, hvor jeg egentlig havde en forventning om, at de ville elske mig fra dag ét. Men det var bare sådan; "Så løser du lige det der" ...Men nej, jeg mener, at det faktisk er en fælles opgave. Jeg har ikke oplevet, at vi var på samme linje med, hvor meget vi ville det her.*

Terapeutfaglig leder

Også for oversygeplejerskerne var den todelte ledelse en udfordring. De oplevede, at den todelte ledelse vanskeliggjorde muligheden for at integrere og udvikle deres rehabiliteringsterapeuter, som de ønskede på deres pågældende afdelinger, fordi der blev sat nogle faglige begrænsninger fra de terapeutfaglige ledere. En oversygeplejerske fortæller:

*"Det der har været svært, har været at skulle have ledelsesforankring to steder. Det er ekstremt bøvl. Så jeg vil mere sige, det er mere det omkring dét, som har været komplekst, end selve det at arbejde med rehabiliteringsterapeuterne. Det er vores egen struktur, der spænder ben. Jeg synes, det har været alt for omkostningsrigt, både økonomisk og tidsmæssigt, end det behøvede at være."*

Oversygeplejerske

Data fra spørgeskemaerne indikerede, at frontmedarbejderne i varierende grad havde oplevet den todelte ledelse som et problem. Mens ca. 40% af rehabiliteringsterapeuter og øvrige fysio- og ergoterapeuter angav, at den todelte ledelse i høj grad eller nogen grad havde udfordret den nye model for opgaveløsning, så gjaldt dette kun for godt 20% af sygeplejerskerne.

### **4.3 Håb og Frygt:**

Der var både håb og frygt forbundet med implementering af rehabiliteringsterapeutfunktionen. Mange informanter så muligheder og potentiale i de forestående forandringer, især set fra et patientperspektiv, men frygtede samtidig hvad forandringerne betød, særligt i forhold til deres faglige identitet og kernekompetencer. Særligt sygeplejerskerne udtrykte en bekymring for utilstrækkelig kvalitet i patientbehandlingen.

#### *4.3.1 Forandringen:*

Informanter udtrykte både interviews og spørgeskemaer ene forståelse for nødvendigheden af forandringen med ansættelse af rehabiliteringsterapeuterne. Flere beskrev et håb om, at denne nye model for opgaveløsning med det øgede fokus på rehabilitering, kunne være med til at højne kvaliteten i pleje- og patientbehandlingen, og at det samtidig ville mindske arbejdsbyrden for sygeplejersker på afdelingerne. Men for nogen gjorde den vanskelige implementering, med uklarhed om roller og rammer omkring opgaveløsningen, at skepsis og modstand mod forandringen kom til at fylde mest:

*" Vi var meget positive omkring det, da det blev indført. Men jeg tror på grund af den der forvirring, der var meget i starten, hvor vi ikke vidste helt, hvordan fordeler vi de her arbejdsopgaver - hvordan skal det her samarbejde foregå? Så tror jeg måske, der kom lidt en skepsis til det, fordi vi ikke helt har kunnet lande på noget."*

Sygeplejerske

Hvor data fra interviewene indikerede en del bekymringer og frustrationer omkring de forandringer opgaveflytningen medførte, så viste besvarelserne i spørgeskemaerne, at mange sygeplejersker faktisk *havde* oplevet at løsningsmodellen medførte de forandringer, ledelsen håbede på. Således angav 68%, at ansættelsen af rehabiliteringsterapeuterne i høj grad eller nogen grad havde bidraget til en bedre opgaveløsning af de nære patientopgaver i afdelingen, mens 64% mente, at det i høj grad eller nogen grad havde øget patienternes aktivitetsniveau under indlæggelsen. I spørgsmålet om løsningsmodellen havde afhjulpet personaleknaphed i afdelingen var dette delt, med ca. halvdelen, der mente det ikke havde gjort en forskel.

#### 4.3.2 Faglig identitet:

De ovenfor beskrevne perspektiver på forandringer knyttede an til en oplevet trussel på fysio- og ergoterapeuters og sygeplejerskers faglige identitet. Særligt manglen på klarhed omkring rehabiliteringsterapeuternes præcise funktion bekymrede de øvrige afsnitsterapeuter i forhold til, om der ville ske en udvanding af terapeuters kernefaglighed. En terapeutfaglig leder fortæller:

*"Men altså, der har også været en bekymring fra vores almindelige afsnitsterapeuter om... en bekymring for de her rehabiliteringsterapeuters faglighed. Altså udvanding eller for meget i gråzone. Om de mister for meget af deres faglighed ved at gå i det her stilling. Så det kan jeg både tale for og imod. Kan man gøre noget ved at have lidt mere specifikke opgaver – holde fast i sin faglighed – kontra det at være lidt mere flydende"*

Terapeutfaglig leder

Fra den terapeutfaglige ledelse så man dog også med den nye rehabiliteringsterapeut stilling et potentiale for at udvikle en ny type faglighed, som understøttede behovet i fremtidens sundhedsvæsen:

*"Ligesom der er lymfødem fysioterapeuter og dysfagi-ansvarlige ergoterapeuter, så var rehabiliteringsterapeuternes speciale rehabilitering. Så det der med at løfte det op til, at deres primære fokus var rehabilitering."*

Terapeutfaglig leder

Rehabiliteringsterapeuterne efterspurgte i høj grad en plan eller struktur for deres faglige udvikling, da de oplevede, det var svært at spejle sig i andre, som havde lignende stilling, og derved kunne forme deres faglighed. Dette på trods af, at besvarelserne af spørgeskemaer viste, at 6 af terapeuterne angav at de siden



deres ansættelse havde deltaget i et eller flere kurser eller undervisning, som var enten plejefaglige (n = 1), terapeutfaglige (n = 5), tværfaglige (3), eller i form af sidemandsoplæring / supervision (n = 3).

Ikke kun terapeuterne, men også sygeplejerskerne følte deres faglighed sat under pres. Som faggruppe havde sygeplejerskerne i flere omgange skullet afgive opgaver til andre faggrupper. Dette såede tvivl om fremtiden for den sygeplejefaglige roller, som beskrevet af en sygeplejerske herunder:

*"Men der er et eller andet kulturelt for sygeplejersker, som har meget, meget svært ved at slippe kontrollen. Vi havde samme problematik, da vi skulle have apotekere til at skulle dosere medicin. Det var ramaskrig på personalemødet, fordi de kunne slet ikke overskue, at så mistede de jo helt fornemmelsen af patienten. Men det er jo det samme, man støder ind i med terapeuterne... det er med det samme, at vi skal afgive noget. Det der med, at man føler, at man mister overblikket og fornemmelsen af patienten"*

Sygeplejerske

#### 4.3.3 Faglig kvalitet

Selvom flere informanter i interviewene reflekterede over potentialet for udviklingen af den faglige kvalitet gennem den nye model for opgaveløsning, udtrykte især sygeplejerskerne en bekymring for, og konkrete oplevelser af, en forringet faglig kvalitet af patientbehandlingen. En sygeplejerske fortalte om følgende oplevelse:

*"Jeg sagde: "Jeg har brug for, at du TOKS'er den her patient, for jeg bliver nødt til at vide, hvad patientens tilstand er." Der gik længere og længere tid, og den her patient blev bare rigtig dårlig. Terapeuterne prioriterede nogle helt andre ting, hvor jeg føler det der med at have det store overblik over patienten, og hvad har den her patient brug for - der ser vi fuldstændigt forskelligt på tingene."*

Sygeplejerske

Både oversygeplejersker og terapeutfaglige ledere pegede dog på nogle områder, hvor de oplevede en øget faglig kvalitet i patientbehandlingen, herunder mere aktive patienter under indlæggelse, samt bedre udskrivelsesprocesser:

*"Jeg ser også, at vores UTH'er er faldet, på udskrivelsesområdet. Der har ingen været de dage, hvor [TP] er i vagt. Og vi har ikke haft nogle, siden [TP] havde været i gang i en måned."*

Oversygeplejerske

Analysen af spørgeskemadata fra frontmedarbejderne gav også et billede af, at bekymringerne omkring den faglige kvalitet ikke var til stedet på samme måde bredt set, som i de kvalitative data. Her svarede 17% af sygeplejerskerne, at de i høj grad eller nogen grad oplevede, at ansættelsen af rehabiliteringsterapeuterne have medført et fald i kvaliteten af patientplejen, mens 21% fandt, at de i høj grad eller nogen grad øgede risikoen for utilsigtede hændelser.

#### **4.4 Implementering mellem vision og praksis:**

Implementeringen af den nye løsningsmodel blev grebet forskelligt an på de respektive afdelinger. Graden af implementering afhang blandt andet af, hvordan afdelingerne sikrede *kommunikationen* omkring rehabiliteringsterapeuternes funktion, både på metaniveau og i hverdagen mellem medarbejdere; det drejede sig om, hvordan *introduktion og oplæring* af de nye medarbejdere blev sikret; og det handlede om *ledernes ansvar* både i de to nævnte punkter, men også mere generelt ift. at vise ejerskab og lederskab i den nye model for opgaveløsning. En sygeplejerske beskrev dette mismatch mellem visionen og den praktiske virkelighed for implementeringen:

*”Da vores afdelingsledelse foreslog det, der syntes jeg, at det gav super meget mening. Og det gør det også. Jeg er virkelig ærgerlig over, at det har fået sådan en dårlig start. Jeg var med til at tale det op over for mine kollegaer. Og det er bare ikke helt... den kom ikke lige i mål. Så mange af mine kollegaer har ligesom mistet gejsten for det. Jeg tror sagtens, det kan lykkedes. Det har bare været alt for mudret hele forløbet. Der er ikke nogen, der har gjort det i ond mening. Det er bare ikke gjort i ordentligt”*

Sygeplejerske

##### *4.4.1 Kommunikation*

Vigtigheden af kommunikation i hele implementeringsprocessen blev understreget igen og igen i undersøgelsen. Dette gjaldt både på metaplan, i form af kommunikation fra lederne til afdelingen om formål, forventninger, retning og rammer for opgaveløsningen både før og undervejs, samt i kommunikationen i det nære, dvs. i hverdagens arbejdsfællesskaber mellem medarbejderne. Især rehabiliteringsterapeuterne oplevede at måtte påtage sig en særlig stor opgave i konstant at kommunikere deres kompetencer, ressourcer og faglighed i forhold til, hvordan de kunne bidrage til de forskellige opgaver. I og med rehabiliteringsterapeuternes rolle og funktion ændrede sig over tid, og også var forskellig fra afdeling til afdeling, var dette til tider en energikrævende opgave for terapeuterne. Også for sygeplejerskerne kunne det være en lige så stor opgave at holde sig opdateret på informationen. Dette satte en terapeut ord på:

*”Jeg savnede den her kommunikation til personalet. Det var en sådan rigtig stor udfordring i starten synes jeg, fordi jeg tror, at mange af vores sygeplejersker og SOSU-assistenten. De gik alle sammen og var sådan lidt i tvivl om hvad... hvad kunne vi varetage, og hvad måtte vi*

*varetage? Og hvad var sådan terapeutfagligt, og hvordan gik vi ind og understøttede sygeplejerskerne? Det var virkelig svært at finde hoved og hale i."*

Rehabiliteringsterapeut

På baggrund af data fra spørgeskemaet tydede det på, at ledelsen indledningsvist var lykkedes med at kommunikere, hvorfor den nye model for opgaveløsning var nødvendig, og hvad formålet med den var. Her svarede 73% af sygeplejerskerne, at de i høj grad eller i nogen grad oplevede, at deres leder informerede dem tilstrækkeligt om de kommende forandringer. Men selvom mange havde forstået formålet med rehabiliteringsterapeuternes ansættelse, var kommunikation om roller, rammer, forventninger og ansvar i hverdagens fælles opgaveløsning en vedvarende opgave i afdelingen, som var svær at løfte i praksis, særligt på sengeafdelingerne.

*Vi kan sige ting rigtig mange gange, der vil altid være nogle, som ikke har hørt eller læst det. Det er jo bare svært i det hele taget. Fordi jeg kan ikke gå rundt og være sikker på alle... "Har du læst den her? Hvad er det for nogle opgaver terapeuterne varetager". Det er en umulighed. Det er det virkelig. Så det er jo nok det, der er sværest med kommunikation i sådan en afdeling her. Det er jo hele forskellen på plejegruppen og terapeutgruppen. Vi kan ikke samle alle på én gang. Det er en umulighed.*

Oversygeplejerske

På én afdeling havde man systematiseret kommunikationen omkring den nye model for opgaveløsning således, at en koordinerende sygeplejerske sikrede at alle nye i afdelingen fik den samme kommunikation. Dette fungerede godt, som beskrevet af en terapeutfaglig leder:

*"Men der var også den introansvarlige for sygeplejersker, for elever og for studerende på afdelingerne – og det, at hun var så bevidst om samarbejdet med rehabiliteringsterapeuterne og altid fik det med, når vedkommende introducerede nye sygeplejersker eller nye elever. Det var en af de metoder, jeg syntes, havde god effekt.*

Terapeutfaglig leder

#### 4.4.2 Introduktion og oplæring

Måden hvorpå introduktion og oplæring af de nye rehabiliteringsterapeuter foregik, blev grebet forskelligt an i afdelingerne. På nogle afdelinger havde oversygeplejerskerne gjort sig overvejelser om, at især de nyuddannede rehabiliteringsterapeuter fik mulighed for at lande i deres egen monofaglighed først, ved at få lov at arbejde primært terapeutfagligt eller ved at følge med sine terapeutkolleger. To oversygeplejersker fortæller om deres overvejelser:

*"Jeg ville i hvert fald være meget opmærksom på, hvordan vi klæder vedkommende bedst muligt på. Hvordan vedkommende bedst muligt kan få noget sparring – mest i forhold til sin monofaglighed. Og jeg tror det der med, det er skide svært – hvis ikke man er stærkt monofaglig, hvordan kan man så indgå i den tværfaglighed? Og være en ressource person, ikke også?"*

Oversygeplejerske

*"Jeg har oplevet, at særligt den nyuddannede terapeut, vi havde ansat lærte enormt meget af at se de andre terapeuter arbejde. Var med inde og se undersøgelser og tests og så videre. Så jeg oplevede, at der var enormt meget fagligt sparring og spejling, som var godt"*

Oversygeplejerske

Selvom flere rehabiliteringsterapeuter angav i spørgeskemaerne at have deltaget i et decideret introduktionsforløb eller deltaget i flere kurser i løbet af deres ansættelse udtrykte flere, at de savnede en mentor, en at kunne spejle sig i, eller en mere konkret plan i forbindelse med opstarten i stillingen:

*"Min afdelingssygeplejerske forsøgte at gøre sit bedste. Men det er jo også svært hvordan skal man lige få en terapeut ind i det her arbejde. For jeg kan jo se, at mine nye sygeplejefaglige kollegaer, de har en mentor. De lærer de her ting, hvad er det, de skal vide. Det manglede jeg lidt. Der var lagt lidt planer i den første måned, men der fulgte vi jo plejepersonalet og så en masse ting, som ikke er så terapeutrelevante. Vi manglede, at der var lagt en plan."*

Rehabiliteringsterapeut

#### 4.4.3 Lederens ansvar

Både oversygeplejersker og terapeutfaglige ledere spillede en central rolle i at få implementeringen til at lykkes, både ved at skabe et fælles ejerskab for den nye model for opgaveløsning, ved at ved at sætte retning og rammer for samarbejdet og ved at tage styring på, hvordan rehabiliteringsterapeutfunktionen kunne udvikles. I praksis var dette dog en udfordring, som en rehabiliteringsterapeut udtrykte dette:

*"Hvis ens afdelingssygeplejerske og den terapeutfaglige leder bare kunne sætte sig sammen og sige: "Det er det her, som jeg fra et terapeutfagligt perspektiv kan se, at de skal kunne varetage. Det skal vi på en eller anden måde have sikret os, at de bliver oplært i." Og oversygeplejerskerne kan sige: "Det er det her, som er på vores afsnit, så er det en god ide at vide de her ting. Hvordan får vi samlet det her?" Der tænker jeg også, at det bliver nemmere, hvis der på ledelsesniveau er helt klare retningslinjer omkring hvad er det, vi skal oplæres i, hvad er det vi skal ku', hvad er forventningerne af terapeuterne, og hvad er forventningerne af sygeplejerskerne".*

Rehabiliteringsterapeut

Ledernes præmisser for at tage et fælles ansvar for den todelte ledelse blev vanskeliggjort af en mangel på organisatorisk opbakning på flere måder. Først og fremmest skabte den geografiske afstand mellem oversygeplejersker og terapeutfaglige ledere i sig selv en udfordring for at varetage opgaven. Mens den sygeplejefaglig ledelse var fysisk på afdelingerne, og dermed tæt på rehabiliteringsterapeuten, var den terapeutfaglige ledelse på afstand og kunne derfor ikke være til stede i det daglige. Det gjorde, at den terapeutfaglige leder ofte følte sig som en gæst i afdelingen, og resulterede i, at rehabiliteringsterapeuterne oplevede deres faglige leder som utydelig og ude af stand til at hjælpe med de udfordringer de mødte.

*"Jeg havde også oplevelsen af at være leder nummer to. Vi var ikke på den måde lige, for det var 100% oversygeplejerskerne, der bestemmer. Og ind i mellem der havde jeg sådan lidt oplevelsen af, at jeg kom som gæst på afdelingerne. Og det er fair nok. Men det var lidt sådan mig, der skulle komme med initiativet."*

Terapeutfaglig leder.

Den organisatoriske opbakning til at løfte lederansvaret viste sig også i ledernes besvarelse af spørgeskemaerne, hvor kun to respondenter svarede, at der i nogen grad havde været afsat den nødvendige tid til den todelte ledelse, og at der havde været tilstrækkelig ledelsesmæssig opbakning fra chef-niveau, mens de øvrige 6 svarede "i lav grad" eller "hverken eller" på disse to spørgsmål.

## 5.0 Diskussion

I diskussionsafsnittet vil undersøgelsens fund først kort blive opsummeret, og derefter vil dette blive diskuteret med den foreliggende litteratur på området. De identificerede temaer og undertematikker vil dernæst blive diskuteret med et professionssociologisk perspektiv, og afslutningsvist diskuteres styrker og svagheder ved undersøgelsens design og metoder.

### 5.1. Kort opsummering af undersøgelsens fund

Formålet med nærværende undersøgelse var at skabe viden om, i hvilken grad en ny model for opgaveløsning, i form af ansættelse af rehabiliteringsterapeuter på sengeafsnit på AUH, skabte den ønskede værdi. Dette forstået som værdi i form af øget aktivitetsniveau blandt patienterne under indlæggelse, øget kvaliteten i opgaveløsningen af de patientnære opgaver, samt mindsket vagtbelastningen på sygeplejerskerne. Det var også et ønske, at der blev afdækket, hvilke faktorer der påvirkede graden af værdiskabelse både positivt og negativt. På baggrund af en tværgående analyse af et stort datamateriale med både deltagerobservationer, interviews og spørgeskemabesvarelser fra både frontmedarbejdere og ledere, fandt vi frem til fire overordnede temaer med en række undertematikker. Disse fire temaer var 'Varierende Fælles fodslag', 'Dem og os – A og B roller', 'Håb og frygt' samt 'Implementering mellem vision og praksis'. I alle fire temaer kunne organisatoriske, ledelsesmæssige, kommunikative og faglige faktorer have både en positiv og negativ indvirkning. De væsentligste faktorer af negativ betydning var et manglende fælles fodslag fra sygeplejefaglige og

terapeutfaglige ledere omkring formål, retning og rammer for opgaveløsningen; mangelfuld kommunikation omkring den nye model for opgaveløsning (rehabiliteringsterapeuternes funktion), samt fordeling af opgaver og ansvar; samt en frygt for tab af faglig identitet hos både terapeuter og sygeplejersker. Tilsvarende var faktorer af positiv betydning for en vellykket implementering en tydelig og vedvarende kommunikation omkring den nye model for opgaveløsning, både på metaniveau og i hverdagens samarbejde, klarhed omkring forventninger, roller og rammer, grundig introduktion og oplæring, samt et godt ledelsessamarbejde.

### *5.2. Diskussion i forhold til øvrig litteratur*

Nærværende undersøgelse adskiller sig fra eksisterende publiceret litteratur både i og med det er den første større undersøgelse, der afdækker opgaveflytning mellem sygeplejersker og fysio- og ergoterapeuter, samt i det, at den ser på opgaveflytning i form af mere komplekse funktioner og ikke blot som enkeltstående opgaver der flyttes fra én faggruppe til en anden. Ikke desto mindre har fundene i denne undersøgelse mange paralleller til den foreliggende litteratur omkring opgaveflytning i varierende kontekster, og mellem forskellige faggrupper (Se bilag 1) (15-23). Ledelsesopbakning og bureaukratisk involvering beskrives i litteraturen som en væsentlig præmis for at lykkes med nye opgaveløsningsmodeller i praksis. I det nærværende studie var denne præmis udfordret dels af den todelte ledelsesmodel, hvor der ikke blev afsat ekstra tid og ressourcer til de daglige og faglige ledere til at bedrive den todelte ledelse. Dette hang muligvis sammen med, at tiden, fra beslutningen om at afprøve den nye løsningsmodel var truffet og til rehabiliteringsterapeuterne var ansat, var meget kort, og der var begrænset involvering og opbakning opad til i organisationen. En væsentlig grund til de oplevede frustrationer og dilemmaer hverdagen, som informanterne påpegede i nærværende undersøgelse, var uklarhed om fordeling af roller og opgaver, misforståelse om stillingerne, og mangelfuld kommunikation herom. Disse elementer peges der også gennemgående på i litteraturen (som vist i Tabel 1, Bilag 1), herunder betydningen af at involvere de berørte medarbejdere i beslutning om opgavefordeling i henhold til kompetencer, samt vigtigheden af tydelige opgavedefinitioner, retningslinjer og dokumentation. Dette peger igen tilbage til bureaukratisk involvering og ledelsesopbakning. Tid til oplæring og mulighed for faglig udvikling for de medarbejdere, der skal overtage andre opgaver var også gennemgående nævnt som vigtigt i litteraturen – på AUH deltog de nyansatte rehabiliteringsterapeuter alle i flere forskellige intro- og oplæringsforløb og kurser, både terapeutfaglige og plejefaglige, men ikke desto mindre oplevede både terapeuterne og oversygeplejerskerne, at deres faglige udviklingsmuligheder var begrænsede. Dette gjorde de nye stillinger mindre attraktive. En sidste betydningsfuld faktor nævnt i litteraturen var tillid og respekt mellem de samarbejdende faggrupper, og skepsis i forhold til at opleve sin egen stilling eller position truet. I nærværende undersøgelse sås generelt, at medarbejderne havde respekt for hinanden og tillid til hinandens kompetencer i opgaveløsningen. Ikke desto mindre pegede den tværgående analyse på, at der samtidig var en mere tilgrundliggende bekymring om, hvad fremtiden ville bringe for professionerne, både for fysio- og ergoterapeuter og sygeplejersker. Dette handlede ikke kun om de forandringer, der skete lokalt som følge af rekrutteringsproblemer af plejepersonale, men bundet også i en fagpolitisk diskurs, hvor der stilles spørgsmålstejn ved faglige værdier, kernekompetencer og professionsidentitet i forhold til udviklingen i

sundhedsvæsenets behov. For at forstå denne diskussion til bunds kan det være en hjælp at betragte udfordringerne fra et professionssociologisk perspektiv.

### *5.3. Udfordringerne set i et professionssociologisk perspektiv*

For at en fagprofession har eksistensberettigelse skal den bringe værdi til samfundet. I gamle dage ansås økonomi, størrelsen på bondens jord eller mængden af arbejdere man havde under sig, som nogle af de primære udtryk for ens status og værdi i samfundet, hvorimod i dagens samfund er det primært 'viden' der anses som samfundsværdi (31, 32). Derfor har fagprofessionerne et direkte eller indirekte ønske om at sikre deres viden imod, at blive til allemandseje, et fænomen der kaldes 'social lukning' (31-34). Social lukning indebærer, at man ekskluderer uautoriserede personer fra den særlige viden, som fagområdet besidder, hvilket bidrager til at bevare fagområdets status og dets evne til at forhandle om arbejdsvilkår, lønninger m.m. (31, 32, 34). Denne sociale lukning er det, vi kender som "autorisation" inden for de sundhedsvidenskabelige professioner. Autorisationen har været med til at sikre, at andre udefrakommende ikke kan eller må praktisere professionernes viden. Af samme årsag kan magtkampe opstå, når andre professioner, påtager sig viden som tidligere har tilhørt en profession og forsøger at forme og inkorporere den deres egen viden og profession (31-35). I nærværende undersøgelse ser vi udfordringer på begge sider (sygeplejefaglig og terapeutfaglig) i form af potentielle forringelser af vidensgrundlaget, og dermed en oplevet svækkelse af fagenes samfundsværdi jf. professionssociologiens forståelsesramme. For sygeplejerskerne opleves værdien af deres fag som mindsket, når andre fagområder kan overtage deres opgaver, såsom stuegang, patient ansvar, screeninger eller TOKS, hvilket er med til at skabe en fortælling om, at sygeplejerskerne er erstattelige (31, 32, 34). Denne mulige svækkelse af deres professions position, kan være med til at påvirke sygeplejerskernes grundlag for forhandlinger af løn og arbejdsvilkår, så længe der eksisterer en fortælling om, at andre professioner kan varetage deres opgaverne på lige vis (31, 34). På den anden side kan det tolkes ud af undersøgelsen, at de fysio- og ergoterapeutiske fagprofessioner ikke ser en værdi i den viden, som de flyttede opgaver kunne bringe til deres fagområde. De betragter ikke de tildelte opgaver som 'fysio- eller ergoterapeutisk behandling', men oplever i stedet at blive betragtet som ekstra hænder til at løse sygeplejerskernes opgaver. Heraf kan der tolkes en frygt for, at de placeres i, hvad de anser som en sekundær position i hierarkiet i forhold til samarbejdet med andre fagprofessioner (31, 32, 34). Denne viden er relevant at holde sig for øje som beslutningstager i udviklingen af sundhedsvæsenet – opgaveflytning kan blive vanskelig, hvis professionsidentiteten udfordres for meget (36).

### *5.4. Styrker og svagheder ved undersøgelsen*

Nærværende undersøgelse er den første større forskningsbaserede undersøgelse af opgaveflytning mellem sygeplejersker og fysio- og ergoterapeuter, både i en dansk kontekst og internationalt. Grundet fænomenets (opgaveflytning) komplekse natur, er det besluttet at anvende flere forskellige metoder – litteraturgennemgang, deltagerobservationer, interviews med flere aktører, samt en spørgeskemaundersøgelse – hvilket er med til at styrke undersøgelsens fund gennem en øget intern validitet.

Samtidig er undersøgelsen gennemført på fire forskellige sengeafsnit, med hver deres faglige speciale, ledelse og tilgang til opgaveløsning. Dette betyder, at den praktiske udførelse af opgaveflytning mellem sygeplejersker og terapeuter varierede fra afdeling til afdeling, og dermed at studiets fund ikke blot er baseret på én kontekst med en enkelt rehabiliteringsterapeut eller én leder. De temaer og undertematikker, der fremkom i analysen vurderes derfor at være robuste, hvilket også bekræftes af, at en eksisterende litteratur på området peger på nogle af de samme gennemgående barrierer og facilitatorer for opgaveflytning.

Det er værd at bemærke, at der var variation i de kvalitative og kvantitative dataanalyser. I data fra interviews og observationer fyldte bekymringer og frustrationer relativt mere, mens de kvantitative data fra spørgeskemaundersøgelsen pegede på, at størstedelen af deltagerne havde positive erfaringer med den nye model for opgaveløsning. Dette kan skyldes, at en stor andel af sygeplejerskernes spørgeskemabesvarelser kom fra afdelinger, hvor løsningsmodellen overvejende havde fungeret godt. I alt havde 90 sygeplejersker besvaret spørgeskemaet, men det samlede antal af mulige deltagere er ikke kendt, da udsendelse af spørgeskemaerne foregik igennem oversygeplejerskerne. Dette må betragtes som en svaghed i studiet. Det understreger dog samtidig vigtigheden af, at der er anvendt flere metoder til dataindsamling i nærværende undersøgelse, da informanterne til interviewene var målrettet rekrutteret fra både afdelinger med positive og negative erfaringer.

Yderligere bør det nævnes, at flere afdelinger oprindeligt har deltaget i løsningsmodellen med ansættelse af rehabiliteringsterapeuter. Enkelte har dog valgt at stoppe løsningsmodellen i forbindelse med rehabiliteringsterapeuters opsigelse, og har valgt ikke at ansætte en ny terapeut. Det kunne have været interessant at få disse lederes og medarbejderes perspektiv med i undersøgelsen, da de måske kunne have bidraget med andre erfaringer. Dette har grundet projektets omfang ikke været muligt at få disse inkluderet.

### **5.1. Konklusion og afrunding:**

Den nye model for opgaveløsning på Aarhus Universitetshospital har i et vist omfang resulteret i den forventede værdi, idet mange af deltagerne i undersøgelsen oplevede, at ansættelsen af rehabiliteringsterapeuterne både øgede patienternes aktivitetsniveau, øgede kvaliteten i opgaveløsningen af de patientnære opgaver, og mindskede vagtbelastningen på sygeplejerskerne. En række organisatoriske, ledelsesmæssige og faglige faktorer påvirkede dog graden af succes negativt, herunder væsentligst manglende fælles fodslag fra ledelsen omkring formål, retning og rammer for opgaveløsningen; mangelfuld kommunikation omkring funktion, opgaver og ansvar; samt en frygt for tab af faglig identitet hos både terapeuter og sygeplejersker. På baggrund af undersøgelsens resultater og foreliggende litteratur på området, kan nedenstående anbefalinger fremsættes i forhold til fremtidige afprøvninger af løsningsmodeller, som indebærer opgaveflytning fra én fagprofession til en anden (se Figur 3 på næste side).



**Figur 3. Anbefalinger for opgaveflytning baseret på undersøgelsen og eksisterende litteratur**

Skab de bedste betingelser for implementering ved at etablere en samarbejdsproces, hvor alle involverede parter er med i planlægningen af, hvordan opgaverne løses bedst og af hvem.

Tænk på, at opgaveflytning og nye funktioner ændrer sig over tid, efterhånden som samarbejdet bliver etableret – sørg derfor fleksibilitet og løbende tilpasning af løsningsmodellen.

Der bør udarbejdes tydelige rolledefinitioner for, hvilke fagprofessioner der udfører hvilke opgaver og hvorfor, baseret på faglige kompetencer og interesseområder.

Det er vigtigt at udvikle en fælles vision i samarbejde med alle ledelsesniveauer, der forklarer hvorfor og hvordan denne indsats vil bidrage til den overordnede opgaveløsning i organisationen.

Det anbefales at sikre, at opgaveflytningsprocessen understøttes af en plan for faglig udvikling blandt de involverede professioner, for at opnå ejerskab og engagement.

Prioritering og udarbejdelse af strukturerede kommunikationsplaner er afgørende, både på metaniveau og i det daglige samarbejde fra medarbejder til medarbejder. Dette gælder både i implementeringsfasen, men i ligeså høj grad også vedvarende.

Overvej hvilke ledelsesstrategier der bedst passer til organisationen, herunder om der skal være enkelt- eller todelt ledelse, og hvordan ledernes samarbejde skal fungere.

Hvis todelt ledelse anvendes, er det en god idé at prioritere forventningsafstemning, klare ledelsesroller, opbygning af relationer med regelmæssige fysiske samarbejds møder. Der skal afsættes ekstra tid til opgaven hos begge ledere.

Tilpas indsatserne til de lokale behov og skab fleksibilitet, så afdelingerne har mulighed for at tilpasse deres individuelle opgavefordeling i overensstemmelse med deres specifikke behov.

## Referenceliste

1. Drennan VM, Ross F. Global nurse shortages-the facts, the impact and action for change. *British medical bulletin*. 2019;130(1):25-37.
2. Statsministeriet. Sundhedsreform. 2022.
3. World Health O. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020 2020.
4. Vaaben N, Weinreich E, Dahlager L, Mouritzen SS, Manstrup S. Hvorfor stopper sygeplejerskerne i det offentlige sundhedsvæsen? Københavns Professionshøjskole: Københavns Professionshøjskole; 2023.
5. Damvad. Behovet for velfærdsuddannede i 2030 - Prognose fordelt på landsdele. Damvad Analytics.
6. Danmarks Statistik. Befolkningsfremskrivninger. Danmarks statistik; 2019.
7. Sundhedsdatastyrelsen. Kvartalstal for antal beskæftigede fordelt på faggrupper eSundhed2023 [Available from: <https://www.esundhed.dk/Emner/Beskaeftigede-i-sundhedsvaesnet/Ansatte-paa-offentlige-sygehuse#tabpanelA14EAB0C056545FAB31851379DD92F3B>].
8. Fast tilstedevær af Fysioterapeut på Intensiv afsnit (ITA), En behovsanalyse. Region Sjælland - Holbæk Sygehus; 2020.
9. 360 graders plan. Region Midtjylland, Aarhus Universitetshospital; 2022.
10. Foghmar MJ, Kvam SUL, Simonsen K. Opgaveflytning fra sygeplejerske til farmaceut og fysioterapeut. *Sygeplejersken* 2015. 2015;5:78-80.
11. Øget tilstedevær - Erfaringer og perspektiver i forbindelse med implementering af øget tilstedevær af fysioterapeuter og ergoterapeuter i tre medicinske sengeafsnit. Holbæk Sygehus; 2013.
12. Principper vedr. opgaveflytning, regional retningslinje E-Doks: Region Midtjylland; [Available from: <https://e-dok.rm.dk/edok/Admin/GUL.nsf/Desktop.html?open&openlink=https://e-dok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=X31E1FE1EE85ADF8EC125838B004CB687&dbpath=/edok/editor/RM.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>].
13. Principper vedrørende opgaveflytning i Region Midtjylland. Region Midtjylland, E-dok: Region Midtjylland; 2010.
14. Fleksibel opgaveløsning på danske sygehuse. *Verden i bevægelse*. 2010.
15. Task Shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams. World Health Organization; 2008.
16. Anastasy C, Barros P, Barry M, Bourek A, Brouwer W, Maeseneer JD, et al. Task shifting and health system design. EU; 2019.
17. Boman E, Glasberg AL, Levy-Malmberg R, Fagerstrom L. 'Thinking outside the box': advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia. *BMC Nurs*. 2019;18:25.
18. de Haan M, van Eijk-Hustings Y, Bessems-Beks M, Dirksen C, Vrijhoef HJM. Facilitators and barriers to implementing task shifting: Expanding the scope of practice of clinical technologists in the Netherlands. *Health policy (Amsterdam)*. 2019;123(11):1076-82.
19. Endler M, Cleeve A, Sääv I, Gemzell-Danielsson K. How task-sharing in abortion care became the norm in Sweden: A case study of historic and current determinants and events. *International journal of gynecology and obstetrics*. 2020;150(Suppl 1):34-42.
20. Feiring E, Lie AE. Factors perceived to influence implementation of task shifting in highly specialised healthcare: a theory-based qualitative approach. *BMC health services research*. 2018;18(1):899-.
21. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane database of systematic reviews*. 2019;2019(4):CD010412-CD.
22. Leong SL, Teoh SL, Fun WH, Lee SWH. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *The European journal of general practice*. 2021;27(1):198-210.
23. Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T. The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Human resources for health*. 2015;13(1):55-.
24. Spradley JP. Participant observation. Reissued [i.e. New edition]. ed. Long Grove, IL: Waveland Press; 2019.
25. Spradley JP. The ethnographic interview. Australia ;; Wadsworth Group/Thomson Learning; 2013.

26. Basch CE. Focus Group Interview: An Underutilized Research Technique for Improving Theory and Practice in Health Education. *Health education quarterly*. 1987;14(4):411-48.
27. Dhakal K. NVivo. *Journal of the Medical Library Association*. 2022;110(2):270-2.
28. Järvinen M, Mik-Meyer N. *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv : interview, observationer og dokumenter*. 1. udgave. 6. oplag. ed. Kbh: Hans Reitzel; 2018.
29. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101.
30. National Videnskabetisk Komité. [Available from: <https://www.nvk.dk/>].
31. Staugaard HJ. *Profession : skulle det nu være noget særligt?* 1. udgave. ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2021.
32. Gytz Olesen S, Blok Johansen M. *Professionernes sociologi og vidensgrundlag*. 1. udgave. ed. Aarhus: Via System; 2011.
33. King O, Borthwick A, Nancarrow S, Grace S. Sociology of the professions: What it means for podiatry. *Journal of foot and ankle research*. 2018;11(1):30-.
34. Harrits GS, Svith F. *Professioner under pres : status, viden og styring*. 1. udgave. ed. Aarhus: Via System; 2014.
35. Sanders T, Harrison S. Professional legitimacy claims in the multidisciplinary workplace: the case of heart failure care. *Sociology of health & illness*. 2008;30(2):289-308.
36. Currie G, Finn R, Martin G. Professional competition and modernizing the clinical workforce in the NHS. *Work, employment and society*. 2009;23(2):267-84.

## Bilag 1

**Tabel 1 – Faktorer af betydning for opgaveflytning baseret på litteraturgennemgang**

---

**Ledelsesopbakning** er nødvendigt for at skabe større fleksibilitet inden for sundhedsvæsenet. Der bør eksistere opbakning til at bryde systemer, der forhindrer personalet i at handle til fordel for patienterne. Ledelsen skal sikre tilstedeværelsen af de nødvendige tiltag for at muliggøre succesfuld opgaveflytning.

---

**Politisk og bureaukratisk involvering** er afgørende for succes. Prioritering af opgaveflytningen er vigtig med hensyn til organisering, økonomi og både offentlig og personaleopbakning. Uden denne opbakning kan opgaveflytningen risikere at mislykkes.

---

**Skabelse af en team-kultur** fremmes også for at øge motivationen til at udvide opgavehåndtering. Opgaveflytning drager fordel af etablering af en team-kultur omkring processen. Dette skaber motivation til at forbedre udførelsen og udvide det nye fagområdes ansvarsområder.

---

**Det er afgørende at have systembrydere**, da eksisterende hierarkier skal udfordres. Etablerede systemer og hierarkier kan eksistere, så det kræver individer der tør at gå imod status quo og afprøve nye tilgange. Dette er især vigtigt, da opgaveflytning kan true hierarkiske strukturer, hvor tabet af arbejdsopgaver kan påvirke en persons position i hierarkiet.

---

**Opgavernes udformning** bør tage udgangspunkt i den nye faggruppes kompetencer. Det er også vigtigt at involvere de berørte parter på begge sider i udvælgelsen af opgaverne. Dette sikrer motivationen til at omfavne forandring.

---

**Tid til oplæring** er nødvendig. Det kræver tid for en ny faggruppe at kunne håndtere nye opgaver og have tillid til, at de kan udføre dem med samme kvalitet. Det anbefales derfor at prioritere tid til oplæring.

---

**Tillid og respekt mellem faggrupper** er afgørende. Det er vigtigt at sikre, at den faggruppe, der overdrager opgaver, har tillid til, at den modtagende faggruppe kan udføre opgaverne med samme eller højere kvalitet. Tillid og respekt fremmer også faggruppernes evne til udvikling.

---

**Klare rolledefinitioner** for, hvem der udfører hvad, er væsentlige. Det er nødvendigt med klare definitioner af, hvilke faggrupper der har ansvaret for hvilke opgaver. Det er også vigtigt at have tydelige retningslinjer for dokumentation og muligheder for forbedringer af opgaveudførelsen.

---

**Misforståelser omkring stillinger** bør afklares tidligt, så faggruppen kan retfærdiggøre deres tilstedeværelse. Eventuelle misforståelser om opgaveudførelse og faggruppens rolle bør afklares tidligt i processen for at sikre, at faggrupperne kan forklare deres relevans over for kollegaer og patienter.

---

**Skepsis kan opstå**, herunder konkurrence mellem faggrupper, deres relevans og opgaver. Konkurrence om opgaver og frygt for at en faggruppe kan gøre en anden overflødig kan opstå. Dette bør imødegås tidligt i processen.

---

**Udefinerede stillinger** er ikke nødvendigvis negative. De giver de fagprofessionelle mulighed for at forme deres egne roller og bidrag til den samlede indsats.

---

**Mulighed for individuel faglig udvikling** i forbindelse med den nye type opgave. Faggruppen, der påtager sig opgaven, bør have mulighed for både individuel og kollektiv faglig udvikling, hvilket vil øge incitamentet for fortsat engagement i opgavehåndteringen.

---