

# Teammøder i rehabilitativ hjemmepleje – effektiv ensretning eller nuanceret faglig dialog?

*Maya Christiane Flensburg Jensen*

Tværfagligt samarbejde og teammøder hyldes i den aktuelle moderniseringsbølge af den offentlige sektor. Her ses de som svaret på, hvordan faglig vidensdeling, kvalitet og effektivitet kan højnes i arbejdet. I artiklen udfordres imidlertid denne antagelse ved at diskutere en række barrierer, der medvirker til at forhindre, at de gode intentioner omsættes i praksis. Det sker ved at fokusere på de normer- og gruppedynamikker, der kan opstå på teammøder, hvor medarbejdere med forskellig status og faglighed deltager. Gennem observationer af tværfaglige møder i hjemmeplejen analyseres det i artiklen, hvordan møderne iscenesættes og superviseres på en måde, så sosu-medarbejdernes historier, om deres arbejde med at rehabiliterer individuelle ældre borgere, modtages og bearbejdes forskelligt af deres kollegaer og supervisorer. I artiklen fremhæves, hvordan nogle historier udpeges som 'succeshistorier', og derved resulterer i anerkendelse, mens andre historier giver anledning til frustration og sanktioner på møderne. En central pointe er, hvordan det sanktions- og belønningssystem, der etableres gennem udveksling af historier på møderne, er baseret på én dominerende vision om, hvordan arbejdet optimeres og håndteres 'professionelt', og hvordan dette paradoksalt nok ensretter snarere end åbner op for en kreativ dialog om alternative tilgange til arbejdet med ældre mennesker.

## Indledning

*"Jeg bruger meget, at vi får succeshistorierne frem på teammøderne. Det er vigtigt, synes jeg, for det giver inspiration, og det giver skulderklap og motivation. Det kan være, at én [sosu-medarbejder] kommer og siger: 'sammen med hende [en borger] kom vi så og så langt' [med at rehabiliterer hende], hvorefter jeg siger: 'Ej, prøv lige at fortæl det i morgen på teammødet'. Det er en cadeau til medarbejderne!" (Laila, terapeut i hjemmeplejen)*

**T**eamorganisering baseret på tværfagligt samarbejde mellem velfærdsprofessionerne er et fænomen, der spredes i den ak-

tuelle moderniseringsbølge i den offentlige sektor. At velfærdsprofessionerne samarbejder om at løse kerneopgaven, er ikke et nyt fænomen. Alligevel har fokus på og italesættelsen af teamorganisering ændret sig i den offentlige debat. Inden for social- og sundhedssektoren promoveres teamorganisering for eksempel i stigende grad som et strategisk redskab ikke kun til at fordele arbejdet og sikre vidensdeling mellem de professionelle, men også som et redskab til at højne effektiviteten i de professionelles arbejde og til at sikre, at nye innovative kvalitetsstrategier omsættes i praksis (Ferlie

& Shortell 2001; Gittell et al. 2010; Shaw et al. 2005). Set i lyset af de udskældte bureaukratiske og/eller tayloristiske kontrol- og organiseringspraksisser, der er rullet ind over den offentlige sektor i de seneste år, er det da også svært at argumentere imod teamorganisering. Hvem kan reelt være imod teamorganiseringens idealer, der først og fremmest fremhæver potentialet for at øge de professionelles motivation, råderum, problemløsning og vidensdeling på tværs af fag-siloer? Der er således også bred opbakning fra de faglige organisationer til at øge teamorganiseringen i den offentlige sektor.

Kritiske ledelsesforskere (Barker 1993; Boltanski & Chiapello 2005; Ekman 2010) har, primært inspireret af Weber og Foucault, imidlertid længe kritiseret ledelseslitteraturens idyllisering af teamorganisering. Den kritiske forskning fokuserer på nye magt- og gruppedynamikker, der opstår i overgangen fra traditionelt bureaukrati til teamorganisering. Forskningen viser, at selvom de professionelles entusiasme og motivation i arbejdet potentielt højnes med teamsamarbejde, så er dette ikke ensbetydende med, at deres professionelle frihed og råderum i arbejdet øges (Barker 1993; du Gay & Morgan 2013; Ekman 2010). Snarere peger forskningen på, at bureaukратиets eksplicitte regulering ofte suppleres snarere end erstattes med teamnormer om, 'hvad vi bør gøre her' og en loyalitet overfor 'teamånden' (Barker 1993; Kärreman et al. 2006). Et supplement, der ifølge forskerne går hånd i hånd med et belønnings- og sanktionssystem, der intensiverer kontrollen af de professionelle og bliver en kilde til stress, fordi kollegaerne i højere grad begynder at disciplinere sig selv og hinanden ved at sanktionere de kollegaer, der ikke lever op til normerne i teamet (Barker 1993). Den kritiske ledelsesforskning giver dermed et værdifuldt indblik i de belønnings- og

sanktionssystemer, der ofte kendetegner teamsamarbejde. Med et par få vigtige undtagelser har forskningen imidlertid en præference for dokumentstudier og større kritiske, generiske samfundsdiagnoser af, hvordan medarbejdere bliver instrumentaliserede af abstrakte kategorier såsom 'systemer', 'kontrol', 'rationalitet' eller 'diskurser' (Ekman 2010; Vikkelsø 2015). Vi ved derfor relativt lidt om, hvad der rent faktisk sker og drøftes på f.eks. teammøder i den offentlige sektor, og hvordan teammøder påvirker løsningen af kerneopgaven.

Formålet med denne artikel er at bidrage til den kritiske ledelsesforskning i teamsamarbejde ved at kombinere den med et etnografisk klassisk arbejdssociologisk perspektiv. Klassisk arbejdssociologi (Strauss et al. 1997; Hughes 1958) fokuserer på de arbejdsgange, hierarkier og udfordringer, der præger medarbejdernes daglige arbejde med borgere og patienter i den offentlige sektor – ofte med udgangspunkt i etnografiske casebeskrivelser, der synliggør arbejdets kompleksitet og dilemmaer. Arbejdssociologien tilskynder os således til at flytte fokus fra abstrakte generiske kategorier og dokumentstudier af teamorganisering til etnografiske studier af, hvad der helt konkret sker og drøftes af teammedlemmerne på f.eks. teammøder. En tilgang, der er vigtig for vores forståelse af teamorganisering, fordi etnografiske studier kan give os et bedre indblik i, hvilke konsekvenser stærke teamnormer helt konkret får for medarbejdernes daglige håndtering af deres komplekse arbejde og deres løsning af kerneopgaven. Som Vikkelsø (2015) argumenterer for, vil et sådant fokus på arbejdet og dets kompleksitet bidrage til diskussionerne om - ikke i hvilket omfang f.eks. teamorganisering generisk er et godt eller dårligt organisationsprincip, men snarere om, hvorvidt f.eks. teammøder er en velegnet organiseringsmodel til at underbygge

den faglig sparing og løsning af kerneopgaverne i velfærdsstaten og hjemmeplejen mere specifikt.

Artiklens indledende citat stammer fra Laila, en ergoterapeut, der er ansat i hjemmeplejen. Hjemmeplejen udgør en særligt interessant case til en undersøgelse af teamorganisering og dets konsekvenser for opgaveløsningen. Inden for hjemmeplejen har rehabilitering som en ny kvalitets- og effektiviseringsstrategi spredt sig inden for en ganske kort årrække (Kjellberg et al. 2014). Rehabilitering italesættes ofte som en såkaldt 'innovativ strategi', fordi fokus flyttes fra hjemmehjælp til selvhjælp og træning (Kjellberg & Kjellberg 2011; Anker 2011). Dermed er medarbejdernes fokus på borgerens ressourcer og deres evne til at genlære eksempelvis at kunne gøre rent og lave mad, fremfor at medarbejderne udfører opgaverne. En omstilling som FOA ofte omtaler som en mulighed for, at sosu-medarbejderne igen kan fokusere på det professionelle arbejde efter en tid, hvor arbejdet i hjemmeplejen har været præget af alenearbejde og nøje tids- og kontrolregulering. I forbindelse med rehabilitering har man i stort set alle kommuner ansat ergoterapeuter, som føromtalte Laila, der fungerer som såkaldte 'drivere' i omstillingsprocessen (Kjellberg & Kjellberg 2011). En af terapeuternes kerneopgaver er at deltage i og supervisere de tværfaglige teammøder, der ligeledes er etableret i forbindelse med rehabilitering. På disse møder deler sosu-medarbejdere løbende deres hverdagshistorier om deres arbejde med at rehabilitere individuelle borgere i deres hjem og modtager ligeledes feedback på deres indsats af deres kollegaer. Som terapeuten Laila fortæller, bruger hun teammøderne som et strategisk redskab til at få 'succeshistorierne' frem. Hun mener, at det både inspirerer, motiverer og giver medarbejderne anerkendelse for deres arbejde. Umiddelbart lyder det positivt, at

terapeuterne fokuserer på sosu'ernes succes og anerkendelse, især fordi sosu'er ofte beskrives som en stigmatiseret faggruppe med et dårligt arbejdsmiljø<sup>1</sup>. Men et nærliggende spørgsmål er, hvordan denne promovning af succeshistorier påvirker etableringen af normative belønnings- og sanktionssystemer på teammøderne og muligheden for at skabe dialog om arbejdet?

For at få indblik i de normer og gruppedynamikker, der udvikler sig på teammøderne i hjemmeplejen, samt hvordan de påvirker mulighedsbetingelserne for at skabe faglig dialog om det komplekse arbejde, benyttes en narrativ analytisk optik i artiklen (Boje 1991; Humle & Pedersen 2010; Orr 1998). Fremfor tidligere studiers tendens til at fokusere på relativt abstrakte kategorier og analyser af arbejdet giver denne optik mulighed for at fokusere på, hvordan det komplekse arbejde om borgerne bliver genfortalt i situerede og forskelligartede hverdagshistorier på teammøderne, samt hvordan disse historier modtages, navngives og bearbejdes forskelligt af kollegaer og supervisorer på møderne. I artiklen argumenterer jeg således for, at hverdagshistorierne giver et indblik i, hvordan kompleksiteten af arbejdet håndteres og kontrolleres gennem teamnormer, og hvordan denne 'håndtering' – eller mangel på samme, påvirkede det faglige spillerum. Mere specifikt adresserer jeg følgende forskningsspørgsmål i artiklen: *Hvilke normer og gruppedynamikker kommer til udtryk i medarbejdernes udveksling af historier om arbejdet på teammøder i hjemmeplejen, og hvordan påvirker disse mulighederne for at skabe en faglig dialog om det komplekse arbejde?*

Artiklen falder i fem dele. Først præsenteres artiklens teoretiske ramme, casen og metoden. Herefter analysen, hvor omdrejningspunktet er tre forskellige typer historier fra observerede teammøder, der hver især illustrerer, hvordan medarbejdernes

historier om arbejdet med at rehabilitere borgere modtages, belønnes og sanktioneres forskelligt, og hvordan dette påvirker mulighed for at udtrykke sig i det faglige rum. Artiklen afrundes med en konkluderende diskussion.

## Teamsamarbejde og kontrol af arbejdet

Teamsamarbejde defineres ofte meget bredt som 'en gruppe af individer med ekspertise', der har et fælles mål, og som mødes for at "*kommunikere, dele og rodfæste viden og på den baggrund lave planer og influere fremtidige beslutninger og handlinger*" (Mezey et al. 2002, 4). I ledelseslitteraturen sættes teamorganisering ofte i kontrast til rigide bureaukratiske og tayloristiske organiseringsformer, der relateres til tidskontrollsystemer samt professionelle siloer og hierarkier, hvor medarbejdernes viden er fastlåst og 'sticky' (Ferlie & Shortell 2001). I modsætning hertil fremhæves teamsamarbejde som designet til at sikre vidensdeling og synergi mellem sundhedspersonale med forskellig faglig baggrund og ekspertise. Teams anses dermed som en kilde til både at øge kvaliteten af arbejdet gennem mere integrerede og sammenhængende patientforløb, og som kilde til at øge medarbejdernes motivation, mening og faglige spillerum i arbejdet, bl.a. ved at højne lavstatus-professionelles synlighed og selvrespekt i fagteams (Denvir 2015; Mezey et al. 2002). Litteraturen fremhæver endvidere, at teamorganiseringen også er et middel til at højne effektiviteten af arbejdet, f.eks. betegnes organiseringsformen ofte som et 'high performance system' (Gittell et al. 2010) og som et effektivt middel til at understøtte forandring og indførelsen af nye 'innovative' politikker (Ferlie & Shortell 2001). Effekter, der imidlertid ikke genereres automatisk. Tværtimod fremhæver litteraturen,

at såkaldte 'effektive teams' kræver styring og støtte, så teammedlemmerne udvikler fælles mål, effektiv kommunikation og fælles værdier (Ferlie & Shortell 2001; Gittell et al. 2010; Shaw et al. 2005).

Kritiske ledelsesforskere retter imidlertid en skarp kritik mod ledelseslitteraturens anbefalinger og idyllisering af teams. De fremhæver, at det netop er, når kulturer og værdier i teams bliver for stærk, homogen og effektiv, at teams bliver problematiske, fordi dette resulterer i, hvad organisationspsykologen Janis (1972) referer til som 'groupthink'. Kritisk ledelsesforskning indskriver typisk teamorganiseringen i en større samfundsmæssig ændring, der ofte går under betegnelsen 'advanced liberalism' (Rose 2001) og 'the new spirits of capitalism' (du Gay & Morgan 2013), hvor arbejdet intensiveres og ansvaret for arbejdets resultater individualiseres gennem nye motivations- og organiseringsformer, f.eks. teamsamarbejde (Sennett 1999). Disse er kendetegnende ved, at medarbejdernes adfærd ikke længere primært styres gennem formelle og eksplicite regler, men i højere grad gennem deres værdier og 'indre liv' ('spirit'). En overgang, som forskningen peger på øger kontrollen i arbejdet, selvom – eller netop fordi – medarbejderne samtidigt loves mere medbestemmelse og fleksibilitet (du Gay & Morgan 2013; Ekman 2010). Barker (1993) viser for eksempel, i undersøgelsen af overgangen fra bureaukratisk organisering til teamorganisering i firmaet ISE, hvordan kontrollen med den enkelte medarbejder blev øget og gjorde spillerummet for at komme med kritik mindre, fordi det interne pres blandt kollegaerne for at overholde de værdibaserede normative regler, blev intensiveret. Medarbejderne havde selv, på baggrund af direktørens vision, formuleret disse normer og beskrevet, hvad der konstituerede både kollektivt og individuelt godt arbejde. Nor-

mer, som teammedlemmerne benyttede til at give mening til og guide deres interaktioner. Mere specifikt observerede Barker (1993, 425), at teamet *"belønner de kollegaer der tilpassede sig normerne, ved at få dem til at føle sig som en del af teamet, og som medskaber af teamets succes. Mens kollegaer, der modsat havde en dårlig attitude, blev sanktioneret"*. Kritiske ledelsesstudier er værdifulde, fordi de sætter spørgsmålstegn ved antagelsen i ledelsesteorien om, at det professionelle spillerum øges med teamsamarbejde. Både ledelseslitteraturen og kritikken heraf har dog en fælles tendens til at navigere uden om situerede etnografiske studier af medarbejdernes daglige udførelse af arbejdet og i stedet fokusere på abstrakte eller kvantificerede forestillinger om teams enten negative eller positive konsekvenser. Vi ved således relativt lidt om, hvordan arbejdets kompleksitet helt lavpraktisk diskuteres i teams.

## Arbejdets kompleksitet

Fokus på arbejdets dilemmaer og kompleksitet i forbindelse med at løse kerneopgaven var et centralt emne i sociologisk forskning for 40 år siden. Især forskere som Anselm L. Strauss og Everett C. Hughes udgjorde centrale figurer. En af deres hovedpointer var, at sundhedsarbejde per definition er fejlbarligt, komplekst og uforudsigeligt. Først og fremmest fordi det 'produkt', der arbejdes på og 'igennem', er en patient/borger, der ikke har en identificerbar og fikserbar kerne – og derfor skal involveres processuelt i arbejdet. Men også fordi borgerens/patientens sygdom, tilstand, livsstil og historie – samt de relationelle og organisatoriske rammer, der omgiver arbejdet med borgeren, gør det svært at kontrollere udviklingen i arbejdet med borgeren. Mere specifikt gør arbejdets karakter det sværere for de professionelle at forudsige sygdomsforløbet, behandlingens og medicinens

effekter samt borgerens/patientens samarbejdsvillighed (Strauss et al. 1997; Hughes 1958). Især når arbejdet koncentrerer sig om borgere, der, som i hjemmeplejen pga. deres høje alder, ofte lider af en kompleks blanding af mentale, fysiske og/eller sociale problemstillinger<sup>2</sup> (Hjemmehjælpskommissionen 2013). Et par nyere danske studier har således også vist, hvordan både medarbejdere (Jacobsen et al. 2008) og ledere (Rennison 2014) i den offentlige sektor står overfor en række krydspres og dilemmaer, der gør deres arbejde med borgere yderligere komplekst, fordi de f.eks. mødes af og skal balancere med en række politiske, økonomiske og pædagogiske hensyn.

Ved at tydeliggøre arbejdets modstridende, fejlbarlige, komplekse og uforudsigelige natur, viser forskningen, hvor svært det i praksis er at kontrollere arbejdet samt fastlægge og opnå konsensus om universelle succes- og fiaskokriterier inden for denne type arbejde. Hughes (1958) peger for eksempel på, at det ikke er et sjældent fænomen inden for sundhedsarbejde, at de professionelle argumenterer for, at arbejdet har været en succes, mens patienten anklager disse for at have lavet fejl og ikke have levet op til deres forventninger. Det betyder imidlertid ikke, at arbejds sociologerne er uenige i, at sådanne normer om succes og fiasko – og dermed belønning eller sanktioner – alligevel søges etableret og stabiliseret inden for denne type arbejde. De peger imidlertid på, at sådanne kriterier ofte udspringer af medicinske idealer om professionalismisme og af dynamiske og situerede statuskampe mellem professionerne (og patienterne). Nemlig et medicinsk ideal om, at lægen kan lave kliniske og lineære diagnoser, der kan udføres succesfuldt (Strauss et al. 1997).

Ved at bygge bro imellem kritisk ledelsesteori og arbejds sociologien får vi mulighed for at forstå, hvordan etableringen af nor-

mative sanktions- og belønningssystemer helt konkret søges skabt på teammøder. Og hvordan disse påvirker det komplekse sundheds- og omsorgsarbejde.

### **Casen: En vision om rehabilitering og teamsamarbejde i hjemmeplejen**

I artiklen benyttes et kvalitativt studie af hjemmeplejen i fem kommuner som case til at studere teammøder og faglig sparing, fordi man med introduktionen af rehabilitering på tværs af landets kommuner har intensiveret det tværfaglige samarbejde, bl.a. i form af etablering af teammøder (Kjellberg et al. 2014; Albertsen et al. 2014). Før introduktionen af rehabilitering havde medarbejderne i de fem kommuner, der indgår i studiet, som en konsekvens af løbende bestræbelser på at standardisere og opsplitte hjemmeplejearbejdet (ofte med New Public Management som overskrift), været præget af alene-arbejde (hvor opgave- og tidsramme var fastsat af visitator) (Kamp 2013). Medarbejderne havde haft gruppemøder, der dog primært havde administrative forhold såsom vagtplanlægning på dagsorden. Det nye ved de teammøder, der blev indført med rehabilitering, var imidlertid, at sosu-medarbejderne fik et kollegialt forum, hvor de formelt kunne diskutere deres daglige arbejde med at rehabilitere borgerne.

På tværs af kommunerne varede møderne typisk mellem 1-3 timer. Der deltog omkring 1-2 mellemledere og mellem 10-20 sosu'er på møderne. Et fællestræk ved møderne var, at de var bygget op om diskussionen af op til ni borgeres rehabiliteringsforløb. Det var som oftest<sup>3</sup> en terapeut (der deltog på møderne som 'eksperten' i rehabilitering), der orkestrerede dagsordenen samt gav feedback til sosu'erne, når deres arbejde med at rehabilitere en konkret borger blev gennemgået. Sosu'erne havde typisk været på kursus i, hvad rehabiliteringsvisionen

indebar. Nedenfor er et repræsentativt eksempel på, hvad der blev lagt vægt på, når den nye vision og tilgang blev præsenteret for sosu'erne på kurserne:

*"Vi har lagt vægt på, at man selvfølgelig [med rehabilitering] ser på ressourcer frem for det kompenserende. I stedet for bare at skulle komme ind og gøre noget for borgeren, og så blive ved med at gøre det. Fra at faktisk gøre borgeren afhængig af, at vi kommer, skal vi nu prøve at gøre borgeren uafhængig af, at vi kommer. Og vi arbejder hen imod, at vi kan trække os mere og mere ud og have fokus på deres egenomsorgsevne" (Terapeut).*

Sosu'erne fik således af vide, at de med rehabilitering skulle gøre op med deres 'traditionelle' tilgang til arbejdet, hvor man 'bare' gjorde noget for borgeren og kompenserede dem på ubestemt tid. Som citatet viser, blev denne tilgang anset som passiviserende og afhængighedsskabende. I stedet skulle sosu'erne tænke i rehabilitering og fokusere på borgerens 'egenomsorgsevne' og 'ressourcer', hvilket blev kædet sammen med at trække sig mere og mere fra hjemmene og gøre borgeren uafhængig af hjælp. Der blev ikke lagt skjul på, at overgangen til rehabilitering var forbundet med besparelser (fordi forventningen var, at færre borgere skulle have hjælp), men i alle kommunerne fremhævede lederne, at rehabilitering var mere 'smart' og 'rationelt' end tidligere effektiviseringsstrategier, fordi den samtidig sikrede borgerens livskvalitet og et mere spændende arbejdsindhold for bl.a. sosu'erne. En grundantagelse, der blev gentaget på tværs af kommunerne, var således, at ældre menneskers tilfredshed og velbefindende var direkte relateret til deres frihed og uafhængighed af hjælp. Nedenfor er en illustration af antagelsen fra en af kommunernes pjecer:

*"Eldre ønsker at bestemme over eget liv og vil i størst mulig grad være selvhjulpne og uafhængige af andre."*

Denne vision om rehabilitering, og distinktionen mellem uproduktiv, 'traditionel', kompenserende hjemmepleje og livskvalitetsskabende og produktiv rehabilitering, er, som jeg vil vende tilbage til i analysen, et vigtigt fundament for de normer og dynamikker, der blev etableret på teammøderne (Barker 1993).

## **Metode – en narrativ analytisk optik på teamsamarbejde**

Data fra studiet af hjemmeplejen, der anvendes i artiklen, stammer fra forskningsprojektet Relationel Koordinering i Hverdags Rehabilitering (ReKoHveR) (Albertsen et al., 2014). Projektet er gennemført med støtte fra Arbejds miljøforskningsfonden (projekt nr. 45-2011-09). Det kvalitative materiale er indsamlet i 2012 i samarbejde med mine tidligere kollegaer i Teamarbejdsliv A/S – Karen Albertsen, Inger-Marie Wiegman, Hans Jørgen Limborg og Flemming Pedersen. Materialet består af 12 fokusgruppeinterviews med ledere og medarbejdere, fem individuelle interviews og 24 observationer af bl.a. teammøder og hjemmebesøg.

Datamaterialet blev systematisk analyseret i forskellige faser. Den første fase bestod i en såkaldt 'åben kodnings-'fase (Strauss 1987). Her kodede og tematiserede jeg det empiriske materiale. I denne fase bemærkede jeg, at et tilbagevendende tema i materialet var etableringen af professionelle normer om, hvad godt og succesfuldt arbejde er i det rehabiliterende hjemmehjælpsarbejde. Dette blev især tydeliggjort ved, at der både i interviews og observationer blev refereret til såkaldte 'succeshistorier' om arbejdet, men også til erfaringer og oplevelser, der

tydeligvis ikke var succeser. Dette gav mig en første ide om, at ikke alt arbejde blev fremhævet eller bedømt lige succesfuldt i konteksten. Særligt kodningen af noterne fra de otte observerede teammøder gav en vigtig indsigt i, hvordan der dynamisk blev grundlagt normer om det succesfulde arbejde på teammøderne.

I den anden fase analyserede jeg mere systematisk, hvordan teammøderne og udvekslingen af hverdagshistorier på møderne kom til at danne rammen om gruppedynamikker og etableringen af normer om det komplekse rehabiliterende arbejde. Her fandt jeg særligt en narrativ analytisk optik velegnet til at få indblik i *både* de normer, der blev etableret på teammøderne og i arbejdets kompleksitet. Mere specifikt tilbød Boje (1991), Downing (1997) og Orr (1998, 62) en analytisk optik, hvorigennem jeg kunne analysere aktiviteterne på teammøderne som en 'fælles diagnostisk aktivitet', hvor mødedeltagerne forsøgte at udfolde forskellige (fragmenterede) storylines og plots om borgerne og det komplekse arbejde. En kollektiv (gen-)fortælling af historier om arbejdet, som anses for normativ i den udstrækning, at fortællinger situerer et eksempel på, hvad der fremadrettet vil blive forstået og belønnet som en succes i fællesskabet. Særligt Humle og Pedersen (2010) bidrog desuden med analytiske greb såsom 'succes'- og 'fiasko'-diagnoser, der bistod mig i analysen af historiefortællingernes normative karakter. Humle og Pedersens (2010) pointe er, at medarbejdere diagnosticerer deres arbejde som enten succes- eller fiaskohistorier for at retfærdiggøre og legitimere deres arbejde. Ved hjælp af den narrative analytiske tilgang var det således muligt at identificere tre idealtypiske historier, der florerede på teammøderne i hjemmeplejen samt de relaterede normer og gruppedynamikker.

I den tredje fase analyserede jeg, hvordan

de normer og gruppedynamikker, der kom til udtryk på på teammøderne, påvirkede sosu'ernes forståelse af deres professionalisme og deres oplevelse af at kunne udtrykke sig og dele information i det kollektive faglige rum. Her benyttede jeg især fokusgrupperne, da de gav medarbejderne et talerør til at reflektere over og fortolke deres egen praksis.

Resultatet af de analytiske faser er opsummeret i Tabel 1, og tabellen vil blive udfoldet i to overordnede analysedele. I den første analysedel vil jeg præsentere og eksemplificere de tre idealtypiske historier, jeg identificerede på teammøderne: 'succeshistorien,' 'bufferhistorien' og 'pushhistorien.' De tre typer historier er udvalgt for at synliggøre de forskelligartede (snarere end de mest dominerende) typer af hverdagshistorier, der sameksisterede på teammøderne, med henblik på at vise kompleksiteten i arbejdet, og hvordan denne blev søgt håndteret – sanktioneret og belønnet af henholdsvis sosu'er og terapeuter. I den anden analysedel vil jeg med afsæt i fokus-

gruppeinterviewene udfolde, hvordan normerne og gruppedynamikkerne påvirkede sosu'ernes forståelse af professionalisme og deres mulighed for at udtrykke sig og dele information i det faglige rum. Personfølsom information og respondenternes navne er anonymiseret i analysen.

### Tre typer hverdagshistorier fra teammøderne

I den følgende analyse vil jeg illustrere de normer og gruppedynamikker, der udviklede sig i forbindelse med den fælles diagnostiske aktivitet af det rehabiliterende arbejde på teammøderne. Analysen tager udgangspunkt i de tre identificerede idealtypiske hverdagshistorier – succes-, buffer- og pushhistorier (se Tabel 1). Den ene hverdagshistorie repræsenterer en såkaldt succeshistorie, mens henholdsvis buffer- og pushhistorien repræsenterer forskellige versioner af ikke-succeshistorier. De tre typer hverdagshistorie viser forskellige aspekter af sosu'ernes komplekse arbejde, og hvor-

Tabel 1: Analytiske resultater

3 idealtypiske hverdagshistorier/gruppedynamikker fra teammøder				
Fortæller	Succeshistorien	Bufferhistorien	Pushhistorien	Analytisk pointe
Sosu'ers hovedplot om borgeren.	Borgeren er motiveret. Han/hun er blevet mere selvhjulpne og hjælpen er reduceret.	Borgeren er mentalt/fysisk/socialt ustabil og ikke i stand til at blive selvhjulpne.	Borgeren er ikke motiveret. Forventer luksus og opvarthning.	Idealtyper, der tilsammen udtrykker kompleksiteten i rehabiliteringsarbejdet (selvom hvert narrativ samtidigt stabiliserer kompleksiteten).
Terapeuternes feedback og narrative teknikker.	Fremhæves og udnævnes som en 'succes'. Der gives anerkendelse og ros.	Aktivt forsøg på at genfortælle borgerens historie ved at fokusere på borgerens ressourcer. Ros er fraværende.	Afventende – understøtter og prioriterer plottet. Der gives af og til ros for entreprenørånd.	Idealtyper, der tilsammen viser, hvordan forskellige 'plots' bliver modtaget og skaber forskellige sanktioner eller belønninger i fællesskabet.
Eksempel	Jørgen	Anne	Inge og Agnes	
Sosu'ers selvforståelse af professionalisme ift. de tre historier.	Udtrykker, at de føler stolthed.	Udtrykker, at de føler sig angste og bekymrede.	Udtrykker, at de føler sig vrede og omstillingsparate.	Viser sanktions- og belønningssystemets konsekvenser for medarbejderen.



dan kompleksiteten stabiliseres gennem sosu'ernes plots og den måde, historierne hver især modtages og bearbejdes på i det kollegiale fællesskab, særligt af terapeuten og i skyggen af den omtalte rehabiliteringsvision. Hverdagshistorierne behandles individuelt i analysen og eksemplificeres med udgangspunkt i observationsnoter fra teammøderne om fire konkrete borgere. Historierne florerede dog typisk i deres mangfoldighed på teammøderne.

### Successhistorien

Der var en gennemgående type hverdagshistorier, som ofte i det kollegiale fællesskab fik betegnelsen 'successhistorier', 'succesoplevelser' og 'solstrålehistorier'. Nedenstående eksempel fra et teammøde illustrerer, hvordan disse historier og forståelsen af succes i rehabiliteringsarbejdet blev skabt og dynamisk stabiliseret gennem sosu'ernes og terapeuternes fælles diagnostiske aktivitet.

*Efter en kort samlet status fra gruppelederen tager Ergoterapeuten Heidi over. Hun indleder diskussionen om de individuelle borgere ved at kigge på sosu-medarbejderen Ellie: 'Du har en solstrålehistorie, Ellie!', siger hun med en entusiastisk stemme. Ellie smiler: 'Ja! I morges besøgte jeg Jørgen. Han fik 70 minutters hjælp [før rehabilitering], nu får han 10 – og han siger: 'Ved du, hvad jeg kan? Prøv lige at se her!', og så sprang han ud af sengen – og han var simpelthen så stolt, ... Man står helt med en klump i halsen, og så tænker man: 'Hold kæft, hvor er det godt altså'. Så bliver man da stolt. Det synes jeg er en god oplevelse.'*

En successhistorie var, som ovenstående observation illustrerer, kendetegnet ved, at borgeren viste tegn på, at de var blevet mere selvhjulpne gennem medarbejdernes ind-

sats med at rehabilitere dem. Successhistorierne bekræftede dermed typisk, at øget livsglæde og frihed for de ældre kunne gå hånd i hånd med effektivisering, og at visionen om rehabilitering kunne omsættes i praksis. I eksemplet ovenfor ser vi, hvordan sosu'en Ellie for eksempel fremhæver, at Jørgen ikke kun er blevet mere selvhjulpne og stolt som resultat af træningen, men også at hun har reduceret tiden i hans hjem fra 70 til 10 minutter. Som det også fremgår af eksemplet, var sosu'ernes fremførelse af successhistorier typisk tæt forbundet med deres udtryk af personlig tilfredsstillelse og glæde (Humble & Pedersen 2010). Ellie nævner f.eks. selv, at hun er 'stolt' over at kunne leve op til visionen om rehabilitering – det lader til at give hende værdi som medarbejder.

Observationen eksemplificerer ligeledes, hvordan fastsættelsen af succesfuldt arbejde bliver formet af de statusrelaterede dynamikker på teammødet, hvor især terapeuter spiller en vigtig rolle. Ligesom Heidi i eksemplet benyttede terapeuterne på teammøderne typisk en narrativ taktik, hvor de aktivt fremhævede de historier om borgere, der bekræftede rehabiliteringsvisionen, samtidigt med at de navngav dem som en 'successhistorie'. Dermed blev terapeuterne, i kraft af deres status som eksperter og mødeledere, aktive og magtfulde medskabere af, hvad og hvem der blev defineret og promoveret som en succes i rehabiliteringsarbejdet. En aktivitet, der samtidigt situerede et eksempel for, hvad der fremadrettet ville blive forstået og belønnet som en succes (Downing 1997) på teammøderne. Møderne viste således også, hvordan terapeuternes adfærd havde en afsmittende virkning på sosu'erne, der roste hinanden indbyrdes på møderne, hvis succeser med borgerne blev genfortalt eller var blevet observeret af en kollega i et hjem. Teammøderne viste imidlertid, at det ikke var alle historier om borgere, der var succeser.

## Bufferhistorien

Der var en anden type hverdagshistorier, som blev delt i det kollegiale fællesskab og tydeligvis ikke gik under betegnelsen 'succeshistorier'. Jeg har valgt at kalde dem bufferhistorier, fordi sosu-medarbejderne i disse historier agerede 'buffer' (Hughes 1958) i forhold til forskellige initiativer til at rehabiliterer sårbare borgere. Nedenstående eksempel illustrerer, hvordan denne type historie kom til udtryk gennem den fælles diagnostiske aktivitet på teammøderne:

*Ergoterapeuten Mette spørger til, hvordan det går med borgeren Anne. Hun vil gerne vide, om Anne kan stå op, mens hun smører mad. Sosu-medarbejderen Karen svarer: 'Nej, hun har for usikker en balance'. Mette holder fast: 'Hvad nu, hvis der står en stol bag hende, så der ikke er fare for at falde?' Forslaget hverken afvises eller accepteres. Karen siger, at man skal huske at stille stolen ind under køkkenbordet, når man har været hos Anne, for det kan hun ikke selv. Hun sagde, sidst jeg var der: 'Hvor er det dejligt, at du stiller stolen ind, det er der andre, der ikke gør. Og jeg kan ikke selv'. Mette siger: 'Det kunne der jo også være træning i at gøre'. Karen svarer afvisende: 'Stolene er ikke egnet til træning'.*

Historien om borgeren Anne er et eksempel på, hvordan information om borgerens mentale, sociale og/eller fysiske sårbarhed blev fremhævet af sosu'erne i bufferhistorierne som en barriere for at gøre borgerne selvhjulpne. For eksempel ser vi sosu'en Karen fremhæve, at Anne har en dårlig balance, og at hendes hjem ikke er indrettet til, at hun kan trænes på en ansvarlig måde. Generelt fremhævede sosu'erne i lignende historier, at borgerne f.eks. var meget gamle, havde en kronisk sygdom (KOL), lige var blevet opereret (f.eks. havde fået en ny hofte) eller var mentalt ustabile (f.eks. alkoholikere eller Alzheimerpatienter). Ved at

fremhæve denne sårbarhed satte bufferhistorierne, i modsætning til succeshistorierne, (indirekte) spørgsmål ved, om visionerne om rehabilitering kunne indfries i praksis ift. kerneopgaven. Det vil sige, i hvilken udstrækning rehabilitering kunne gøre sårbare borgere selvhjulpne og sikre dem en bedre livskvalitet.

Som det fremgår af eksemplet, indtog terapeuterne typisk en anden rolle i bufferhistorierne end i succeshistorierne. Vi ser, at terapeuten Mette også bliver medfortæller af Annes historie, men i modsætning til succeshistorierne roser Mette ikke Karen for hendes observation af Annes sårbarhed. Snarere tværtimod ser vi, at Mette, som andre terapeuter på teammøderne, reagerer på denne type historie ved at forsøge at benytte en narrativ taktik til at ændre Karens plot om Anne. Det gør hun ved selv at fokusere på Annes potentielle ressourcer og træningsmuligheder. Typisk for bufferhistorierne kunne terapeuterne også foreslå, at de kunne tage med ud til borgeren for at se, om der var nogle oversete træningsmuligheder, eller direkte fremhæve, at sosu'ernes fortællinger undrede dem, fordi de selv havde oplevet, at borgeren f.eks. kunne gå i bad, når de selv var tilstede. Møderne viste, at stemningen blev relativt dårlig i relation til bufferhistorierne. I eksemplet ovenfor ser vi f.eks., at Mettes forsøg på at re-diagnosticere Anne resulterer i, at Karen aktivt afviser Mettes forslag og agerer buffer eller 'advokat' (Christensen et al. 2014) for Anne. Terapeuternes narrative taktik ift. bufferhistorierne situerede således i fællesskabet et eksempel på, at de som eksperter ikke umiddelbart anerkendte (eller i hvert fald ikke belønnede) argumenter om borgernes sårbarhed og manglende selvhjælpspotentiale.

## Pushhistorien

Der var en tredje type hverdagshistorie, som blev delt i det kollegiale fællesskab. Denne betegner jeg 'pushhistorien'. Pushhistorierne var lige som bufferhistorierne ikke-succeshistorier, men de fremstod alligevel som en anden type historier. Dels fordi sosu'erne i disse historier fremhævede andre informationer om borgerne – primært borgernes manglende motivation – samt agerede drivkraft i forhold til at 'pushe' og tage nye initiativer overfor borgerne, og derudover fordi terapeuterne reagerede anderledes på denne type historier. Som de to nedenstående eksempler illustrerer:

*Ergoterapeuten Helene spørger, hvordan det går med Inge. En sosu-medarbejder, Karin, siger, at hun har vanskeligt ved at motivere hende til at vaske op. Hun fremhæver, at hun i øvrigt mener, at det er for galt i disse besparelsetider, at de kommer hos folk 'bare for at ryste dyner' [hvilket hun tilsyneladende mener, de gør hos Inge]. 'Det er jo ren luksus', konstaterer hun. Helene nævner, at hun allerede har taget mange ydelser fra Inge, og at hun 'er meget sur' på hende. En anden sosu-medarbejder, Lene griner 'Ja, hun kan slet ikke lide dig'. Karin fortsætter: 'Jeg har brugt rigtig mange indgangsvinkler [til at motivere hende], men jeg tror, at hun godt kan lide at have os. Lene tilføjer: 'Hun elsker også at snakke. Hun snakker lige fra man kommer, og så kan hun en masse - købe ind, eksempelvis'. Helene kigger på Lene og Karin: 'Skriver I ned, hvad hun kan? Det er jo dokumentation for, at hun ikke er berettiget til hjælpen'. Lene siger: 'Jamen hun kan kun købe små ting ind, f.eks. Billed-Bladet – jeg tror ikke, hun kan købe store ting'. 'Nej', tilføjer Karin, 'fliserne ligger ikke så godt for hendes rollator. Men hun kan altså godt vaske op.'*

*Terapeuten Heidi spørger til en anden borger, Agnes: 'Bliver hun stadig liggende i sengen, hvis ikke der kommer nogen?' 'Ja', det mener sosu'erne. En af dem, Sasha, tilføjer dog: 'Selvom hun*

*smutter ud af sengen, så snart hun ser os'. Heidi nævner, at Agnes jo også har fået lykkepiller, og at hendes adfærd kan hænge sammen med det. En af sosu'erne, Charlotte, foreslår, at de kommer på forskellige tidspunkter for at se, om hun så står op. 'Det har vi prøvet', siger en af de andre. Charlotte spørger: 'Har I tilbudt hende aktiviteter?' 'Nej', siger Sasha og tilføjer, 'hun er inkontinent og lugter af tis'. Maria, en anden sosu-medarbejder, nævner, at Agnes godt kan lide at lave 'sin egen rede inde i sengen med frugt osv.', men Maria undrer sig over, hvorfor de skal sætte frugt frem, når Agnes 'godt selv kan gå på toilettet'. Charlotte pipper: 'Det lyder jo heller ikke som om, hun har noget at stå op til'. Heidi konstaterer, at 'borgeren nok har brug for et skub' og foreslår, at medarbejderne ringer til hende og siger, at de kommer om halv time, og om hun ikke er gået i bad og har lavet kaffe til, når de kommer.'*

Historierne om Agnes og Inge eksemplificerer, hvordan borgerens manglende motivation fremhæves af sosu'erne som en barriere for at gøre dem selvhjulpne i pushhistorierne. For eksempel ser vi, hvordan sosu-medarbejdere overvejende fremhæver informationer om de aktiviteter, borgerne kan, f.eks. gå på toilettet, tale løs og vaske op. Disse informationer bliver, som i lignende pushhistorier, brugt som tilløb til at problematisere, at borgeren får hjælp, enten fordi borgeren ikke er villig til at udføre opgaven selv eller får hjælp til opgaver, f.eks. til at ryste dyner eller til at få en frugtskål, som medarbejderne mener er 'luksus' ift. deres vurdering af borgernes evner. Ræsonnementet lader til at være, at borgerne godt kan, men ikke vil være selvhjulpne. Ved at fremhæve informationer om borgerens potentielt manglende motivation for at blive selvhjulpne synliggjorde sosu'erne, lige som i de føromtalt bufferhistorier, at rehabilitering gav anledning til ikke-intenderede resultater. Modsat bufferhistorierne benytter

sosu'erne dog ikke informationerne som en anledning til at agere 'buffere' ift. udmøntningen af visionen. Snarere tværtimod bliver deres indignation og frustration over borgerens adfærd et afsæt for forslag om at intensivere og 'pushe' indsatsen (tage mere hjælp væk fra borgeren), fordi borgerens adfærd tilsyneladende ikke opfattes som moralsk i orden.

Som det fremgår af eksemplet, indtog terapeuterne en anden mere tilbageholdende rolle i forhold til pushhistorierne, end bufferhistorierne. Deres tilbageholdende rolle havde dog en vigtig signalværdi i fællesskabet. Ved at indtage denne rolle demonstrerede de indirekte, at de var mere 'tilfredse' med sosu'ernes diagnose af borgeren som umotiverede end sårbare. Dette tydeliggøres også af den mere subtile narrative taktik terapeuterne benytter i hverdagshistorierne om Agnes og Inge. Vi ser således, hvordan der hersker konkurrerende information om Agnes og Inges tilstand. Primært om deres problem er manglende motivation, eller snarere at Agnes er inkontinent og mentalt sårbar og Inge er fysisk sårbar (bruger rol-lator). Frem for at åbne op for en dialog om denne usikkerhed ser vi terapeuterne støtte op om én dominerende diagnose, nemlig at borgeren har et motivationsproblem. For eksempel konkluderer Heidi, at Agnes sikkert har brug for et 'skub', mens terapeuten Helene opfordrer sosu'erne til at dokumentere de ting, som Inge ikke kan (med henblik på at tage flere ydelser fra hende). Med andre ord synliggør terapeuterne dermed på møderne, at de prioriterer og belønner 'motivations'-forklaringer (pushhistorier) på bekostning af 'sårbarheds'-forklaringer (bufferhistorier).

Overordnet illustrerer de tre typer historier, at selvom rehabiliteringsvisionen opererer med en relativt homogen karakteristik af borgeren, så oplever sosu'erne borgerne som en heterogen gruppe. Sosu'erne møder

borgere som Jørgen, som både kan og gerne vil være selvhjulpne (og som dermed lever op til rehabiliteringsvisionen), men også borgere som Anne, Inge og Agnes, der vurderes som værende for mentalt, fysisk eller socialt sårbare - eller blot umotiverede - til at blive selvhjulpne (og dermed ikke umiddelbart lever op til visionen) (se Tabel 1, række 1). Historierne illustrerer ligeledes, at terapeuterne benytter forskellige narrative teknikker afhængig af sosu'ernes plot om borgerne, og at historierne dermed ikke modtages og belønnes ens på møderne. Plots om borgere som Jørgen fremhæves og udnævnes som en succes. Omvendt forsøges buffer-plottet om sårbare borgere som Anne genforhandlet og genfortalt. Endelig udgør pushhistorier om borgere som Inge og Agnes en interessant middelvej, fordi terapeuterne forholder sig mere afventende, og plottet om den umotiverede borger, der skal 'pushes', accepteres (se Tabel 1, række 2).

### **Faglig ensretning: Historier som bærere af belønninger og sanktioner**

I den følgende analyse udfoldes gennem data fra fokusgrupperne, hvordan de normer og gruppedynamikker, der bl.a. blev etableret på teammøderne, påvirkede sosu'ernes forståelse af deres professionalisme og den mulighed og risiko, der var forbundet med at udtrykke sig og dele information i det faglige rum.

Fokusgrupperne viste generelt, at hverdagshistorierne blev genfortalt uden for teammøderne – især succeshistorierne (selvom disse ikke fremkom hyppigere end de andre på teammøderne), og at sosu'erne forbandt det at opnå og dele, hvad der blev defineret som en succes i fællesskabet, med anerkendelse og belønning. Som følgende fokusgruppedialeg udfolder:

*Karin (Sosu): "(...) Det er blevet, i hvert fald for mig, sjovere at gå på arbejde."*

*Interviewer: "Hvordan?"*

*Birte (Sosu): "Det, at man kan mærke, at der sker noget. At man kan mærke, at man faktisk gør en forskel. Og at man kommer dertil, hvor hun [en borger] ikke kunne det og det – og nu kan hun (...). Altså ja, jeg synes da, at det giver noget selvtillid."*

Som citatet illustrerer, havde medarbejderne i vid udstrækning internaliseret retorikken i rehabiliteringsvisionen; at det, 'bare' at komme og kompensere borgeren, generelt ikke (længere) blev associeret med at gøre en professionel forskel. Sosu'erne udfoldede således, at det, at gøre borgerne selvhjulpne, gjorde dem stolte og gav dem selvtillid, fordi det i tråd med rehabiliteringsvisionen blev kædet sammen med en opfattelse af at gøre en positiv professionel 'forskel' for borgeren og udrette noget i arbejdet. En belønningsforståelse, som vi også så, at teammøderne understøttede, og som samtidigt forklarer den gode stemning og umiddelbare glæde, der var forbundet med at dele og promovere succeshistorierne på teammøderne.

Omvendt viste fokusgrupperne, at nogle få sosu'er gav udtryk for, at det, at dele bufferhistorier og give udtryk for information og faglig viden om borgerens sårbarhed, omvendt var svært i det kollegiale fællesskab. Som citatet nedenfor eksemplificerer:

*Joanna (Sosu): "At jeg har oplevet succes har givet mig mod på at fortsætte [med rehabilitering] (...). Men jeg kan også blive ked af det på borgerens vegne. Nu har vi en bruger, der, fordi hun selv kan gå ud, ja, så skal ydelsen tages fra hende. For 'så kan hun selv!' [slår i bordet]. Det har jeg det skidt med i forhold til min faglige stolthed. Og mine observationer*

*siger mig, at det er fordi, jeg kommer om morgenen og laver morgenmad til hende, at hun har overskud til at gå ud om eftermiddagen (...). Og jeg ved, at hvis vi tager hjælpen fra hende, så ryger hun ned med nakken. Nu bliver jeg helt rørt... Og ja, så kan vi samle hende op bagefter – og hvad er værdien så ved at tage det fra hende?"*

Citatet illustrer, at nogle få sosu'er som Joanna sætter spørgsmålstegn ved rehabiliteringsantagelsen om, at det, at gøre borgerne selvhjulpne (tage hjælp fra dem), nødvendigvis – i alle situationer - både ville øge borgerens livskvalitet og effektiviteten af arbejdet. Johanna fremhæver eksempelvis risikoen for, at særligt sårbare borgers 'overskud' i hverdagen (livskvalitet) kan forringes ved, at man tager hjælpen fra dem, og at omkostningerne kan stige, hvis borgerne ryger 'ned med nakken' og skal 'samles op igen', fordi der, som hun uddyber i interviewet, tænkes i 'her og nu'-besparelser ift. rehabilitering. Joannas oplevelse er interessant, fordi hun viser, at det er følelsesmæssigt krævende at fremhæve denne pointe i det kollegiale fællesskab. Hun bliver rørt og har tilsyneladende behov for at understrege, at hendes pointe bygger på hendes 'observationer' og 'faglige stolthed'. Det er desuden vigtigt for hende at fremhæve, at hun også har oplevet succeser og ikke per se er imod rehabilitering. En reaktion, der vidner om, at dette faglige budskab, relateret til bufferhistorierne, krævede retfærdiggørelse og var svært at trænge igennem med i det kollegiale fællesskab, fordi det, som teammøderne også anskueliggjorde, var forbundet med en risiko for, at Johanna vil møde modstand og blive sanktioneret.

Fokusgrupperne uddyber ligeledes, hvorfor pushhistorierne, selvom de var ikke-succeshistorier, blev prioriteret på bekostning af bufferhistorierne og var nemmere at dele i fællesskabet. Diskussionerne i fokusgrup-

perne tegnede således et billede af, at medarbejderne, ved at vise deres vrede i stedet for omsorg overfor borgerne på møderne, signalerede, at de var villige til at gøre en ekstra ordinær 'professionel' indsats for at konvertere ikke-succes til succeshistorier. Succeshistorierne handlede således ofte om at overkomme egne og kollegaers 'forudindtagethed' om borgernes sårbarhed samt om kampe med borgeren, der i sidste ende resulterede i succes. Som et eksempel:

*Anette (Sosu): "Jeg har været gennem forløb med borgere, der starter med at skælde ud, til at de i dag takker mig for at få livet igen."*

*Hanne (Sosu): "Man skal også passe på med ikke at sætte folk i en eller anden bås på forhånd. Vi havde en borger, der måske kunne trænes til at bruge støttestrømper, og vi havde jo rundet det i gruppen, og vi var helt enige om, at han ikke kunne klare at lære at tage støttestrømper på, for kropsligt, var han så stor, at det... Men så på et tidspunkt var der noget med, at han så skulle køre et barnebarn i skole inde i [nævner by] – og så kunne han ikke få hjælp på det tidspunkt, hvor det passede ind, og så var der nok en eller anden, der havde nævnt: Der er jo også mulighed for prøve det [rehabilitering] af, og det var han helt med på, og han skulle bare se det en gang, så kunne han, så man skal sådan lige lade tvivlen komme borgeren til gode."*

Som vi ser ovenfor, udtrykte sosu'erne en glæde over at have løst en opgave, der i udgangspunktet så svær og umulig ud. Ræsonnementet viser, at det blev fremhævet i fællesskabet, at et aktivt forsøg på at undertrykke nervøsiteten for borgerens sårbarhed kunne være selve præstadiet til at opnå de eftertragtede succeshistorier, og at det dermed var i borgerens egen interesse at 'pushe' dem. Samtidigt kunne medarbej-

derne benytte pushhistorierne til at legitimere fraværet af succes ved, gennem 'vreden', at attribuere deres manglende succes til borgere, der ikke gad støvsuge og vaske op, eller til kollegaer, der blev ved med at nurse og agere stødpude for borgerne. Sidstnævnte blev ofte (patroniserende) omtalt som medarbejdere, der havde et stort 'traditionelt omsorgs-gen' eller 'moderligt hjerte', og som gjorde borgerne en bjørnetjeneste ved at synes, det var 'synd' for dem og dermed vænne dem til hjælp. En tilvænnning, der blev anset som en barriere for motivationsarbejdet. Ved at fremføre pushhistorien var sosu'erne, som teammøderne også demonstrerede, med andre ord ikke, som Joanna, i farezonen for at blive sanktioneret fællesskabet, fordi de synliggjorde, at deres intension var i tråd med normen.

Analysen illustrerer dermed, at sosu'erne viser tydelige tegn på, at normerne og gruppedynamikkerne påvirker deres professionelle selvforståelse og motivation for at dele information i fællesskabet. De relaterer en positiv følelse af stolthed og belønning til deres succeshistorier, mens de forbinder negative følelser såsom nervøsitet og vrede med at dele ikke-succeserne (se Tabel 1, række 5). Dog er det tilsyneladende lettere at dele push-plottet end buffer-plottet i fællesskabet, fordi dette plot i højere grad er i overensstemmelse med normerne i fællesskabet.

## Konkluderende diskussion

I denne artikel har jeg undersøgt de hverdagshistorier, der bliver delt på teammøder i hjemmeplejen i forbindelse med introduktionen af en ny rehabiliteringsvision. Det er sket med henblik på at få et indblik i de normer og gruppedynamikker, der udvikler sig på teammøderne, samt hvordan disse påvirker mulighederne for at skabe en faglig dialog om det

komplekse hjemmeplejearbejde. Gennem et analytisk fokus på tre forskellige typer hverdagshistorier fra teammøderne er det blevet belyst, hvordan sosu'ernes fortællinger afspejler rehabiliteringsarbejdets kompleksitet, men også hvordan denne kompleksitet bliver stabiliseret og reduceret ved hjælp af en række 'plots' om borgernes tilstand og normer om, hvad der udgør og ikke udgør en succesfuld professionel forståelse og håndtering af arbejdet. En proces, der i høj grad er formet af statusrelaterede gruppedynamikker på teammøderne, hvor især terapeuternes feedback på sosu'ernes historier om arbejdet asymmetrisk fordeler belønninger og sanktioner. Der er tale om normer og gruppedynamikker, der tilsammen bevirker, at den faglige dialog om arbejdet med de enkelte borgere ofte ensrettes og kompleksitetsreduceres. Dermed bidrager artiklen til forståelsen af og forskningen i teams i tre henseender.

For det første bidrager artiklen ved at udfordre antagelser i mainstream-ledelseslitteraturen og i den offentlige debat, hvor tværfagligt samarbejde og teammøder fortsat hyldes i den aktuelle moderniseringsbølge. Her ses de som svaret på, hvordan faglig vidensdeling, kvalitet og effektivitet kan højnes i arbejdet. Artiklen problematiserer imidlertid, om potentialet for at skabe kollegial dialog om arbejdet med indførelsen af nye teammøder i hjemmeplejen reelt udnyttes. Analysen viser således, at 'dialogen' imellem især sosu'erne og terapeuterne på teammøderne snarere ser ud til at ensrette og kompleksitetsreducere arbejdet fremfor at åbne op for den usikkerhed og kompleksitet, der præger det rehabiliterende arbejde. På den ene side kan denne ensretning anskues som afgørende for, at medarbejderne kan navigere og handle i arbejdet og ikke går til i kodekaos og forskellige konkurrerende logikker og hensyn, der præger social- og sundhedsarbejdet (Rennison 2014).

Og set fra dette perspektiv kan ensretningen, som også typisk anbefales i ledelseslitteraturen, godt opleves som en optimering af kvaliteten og effektiviseringen af arbejdet. På den anden side viser analysen dog, at ensretningen af den faglige 'dialog' på teammøderne i hjemmeplejen er præget af én vision om succesfuldt arbejde og af det faglige hierarki. Succes i arbejdet reduceres dermed til visionen om rehabilitering og medarbejdernes evne til kæde to hensyn sammen: hensynet til livskvalitet og effektivitet. Medarbejdere, der sætter spørgsmålstegn ved eller udfordrer denne vision, risikerer sanktioner fra både deres kollegaer og mellemledere og kan blive stemplet som 'traditionelle' eller 'uprofessionelle'. En ensretning, der kan problematiseres, hvis man som Monrad (2010) argumenterer for, at muligheden for at kunne udtrykke faglig uenighed er en væsentlig forudsætning for at fagligheden højnes i socialt arbejde, hvor kerneopgaven er centreret om arbejdet med mennesker og per definition *er* komplekst, uforudsigeligt og fejlbarligt (Hughes 1958; Strauss et al. 1997). På teammøderne lukkes der nemlig ned for en dialog om, i hvilke tilfælde rehabiliteringsvisionen kan forenes med kerneopgaven - arbejdet med ældre mennesker med forskelligartede problemstillinger. I stedet individualiseres et potentielt misforhold mellem den abstrakte vision og arbejdet, da misforholdet forbindes med den enkelte medarbejders faglige uformåenhed og attitude. I tråd med kritisk ledelsesteori (Barker 1993; Du Gay & Morgan 2013) viser analysen således, at selvom teammøderne reelt skaber mulighed for, at sosu'erne entusiastisk kan dele information om arbejdet og glæden ved at opnå succes med deres kollegaer, så indsnævrer møderne ligeledes på paradoksal vis kontrollen af, hvad der kan og må defineres som en professionel succes. En kontrol, der ikke kun kan give anledning til negative følelser

blandt medarbejderne, men også potentielt får negative konsekvenser for håndteringen af kerneopgaven.

Artiklen bidrager ligeledes til kritisk ledelsesteori ved at benytte en narrativ analytisk optik, fremfor at benytte abstrakte koncepter og generiske analyser af teamsamarbejde. Denne optik gør det muligt at gå helt tæt på de dynamiske, flertydige og relationelle aspekter af, hvordan normer samt belønnings- og sanktionssystemer, vedrørende løsningen af det komplekse hjemmeplejearbejde, etableres på teammøderne. Ved at anskue teammøderne som et forum, hvor et netværk af hverdagshistorier om det rehabiliterende arbejde fortælles og genfortælles gennem en kollektiv diagnostiske aktivitet (Orr 1998), er det muligt at vise, hvordan de specifikke historier og plots om borgerne belønnes og sanktioneres forskelligt, og at det er i denne proces, normerne om succes og ikke-succesfuldt arbejde spredes/etableres, og dialogen ensrettes. Set fra et narrativt perspektiv (Downing 1997; Boje 1991) sker denne ensretning, fordi nye begivenheder i arbejdet med borgerne typisk over tid vil blive farvet og forstået i lyset af de historier, der er gået forud for disse begivenheder. Det vil sige, at medarbejderne i teamet 'lærer' på møderne, hvilken type fortælling de i fremtiden vil blive belønnet for at synliggøre i teamet (og hvilke de bør fortie, hvis de vil undgå sanktioner). Et system, som analysen illustrerer skaber et normativt pres for at fortælle succeshistorier på møderne og konvertere ikke-succeshistorier til succeshistorier. Analysen nuancerer ligeledes, gennem denne situerede optik, kritisk ledelsesteoris forståelse af selve karakteren af belønnings- og sanktionssystemer. Mens f.eks. Barker (1993) fokuserer på, hvordan teamnormer henholdsvis belønner de medarbejdere, der tilpasser sig normerne, og sanktionerer de, der ikke gør, fremstår især pushhistori-

erne som en interessant gråzone. Pushhistorierne demonstrerer, at man som teammedlem godt kan tilpasse sig normerne, selvom man skaber et resultat, som teamet ikke umiddelbart anerkender som en succes. Som analysen viser, giver fortælleren i pushhistorierne udtryk for, at de ønsker at leve op til normerne i teamet ved bl.a. at bebrejde de umotiverede borgere for at være kilde til ikke-succesen. Et narrativ, som imodsætning til andre ikke-succeshistorier (bufferhistorierne) i bred udstrækning godtages og bakkes op i teamet. Ifølge arbejdssociologien (se f.eks. Pedersen 2013) kan denne dynamik, hvormed en type ikke-succeshistorie (pushhistorier) godtages i teamet - og prioriteres på bekostning af andre typer ikke-succeshistorier (bufferhistorier) forstås i lyset af det fejlbarlige social- og sundhedsarbejde. Inden for denne type arbejde skelnes typisk mellem, hvad der anses som henholdsvis 'moralske' og 'tekniske' fejl. Det vil sige fejl, der i teamet antages som et resultat af, at medarbejderen enten har eller ikke har fulgt fællesskabets normer, og hvad der anses som tekniske fejl (push-plot) typisk vil blive tilgivet, mens moralske fejl (buffer-plot) vil blive sanktioneret i fællesskabet. Pushhistorie-begrebet kan således have relevans for fremtidige studier af teamsamarbejde i social- og sundhedsarbejde.

En praktisk implikation af analysen vedrører, hvordan og hvorfor ledelsen har en afgørende betydning for, om den faglige dialog højnes i teams. Analysen viser, hvordan terapeuterne på teammøderne fremmer og kultiverer en ensretning af dialogen gennem teknikker, der reducerer arbejdets kompleksitet. Disse kompleksitetsreducerende teknikker, som Rennisons (2014) betegner som ledelsesmæssige 'afparadokseringsstrategier', kan som nævnt være nødvendige for at skabe handlemuligheder. Rennison påpeger imidlertid, at



det er afgørende, at ledelsen også benytter 're-paradokseringsstrategier', der producerer kompleksitet og bringer paradokser og værdipluralisme frem i lyset, hvis alsidigheden af arbejdet skal bevares, og der skal gives plads til faglig uenighed. Hvis målet er at fremme en alsidig faglig dialog, må ledelsen dermed spille en afgørende rolle i ikke kun at (over)promovere og stabilisere ideer om succes, men også i at åbne op for arbejdets kompleksitet og usikkerhed, f.eks. hvori 'gabet' mellem en abstrakt vision og en individuel borgers situation ligger. Det kræver dels, at mellemledere såsom terapeuterne fremadrettes undervises i, hvorfor kompleksitetsreduktionen af dialogen kan være problematisk. Her kunne Janis (1972) klassiske anbefalinger for at undgå 'groupthink' være behjælpelige. Særligt anbefalingerne om 1) at mindst et (skiftende) gruppe medlem skal have rollen

som 'djævlens advokat' ved hvert møde, 2) at ledelsen ikke skal udtrykke sin mening, når den tildeler gruppen en opgave, og 3) at alle alternativer skal vurderes. Derudover kræver det, at de ressourcemæssige (eksempelvis tid) og politiske rammer for teammøderne understøtter kerneopgaven. I hjemmeplejen er terapeuterne imidlertid under et politisk pres for at fremvise resultater i forbindelse med rehabilitering, og da økonomiske besparelser er mest synlige og målbare, er det ofte dem, der fokuseres på. Både styrkerne og svaghederne ved dette studie ligger imidlertid i dets identifikation af narrative teknikker, der af-paradokserer arbejdets kompleksitet. Det er således op til fremtidig forskning at undersøge, hvordan strategier til at re-paradokserer arbejdet (Rennison 2014) kan skabes i forbindelse med teamorganisering.

## NOTER

- 1 Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø har bl.a. forsket i sosu'ernes arbejdsmiljø i projektet 'Arbejde i ældreplejen,' der bl.a. omfatter etableringen af en kohorte af sosu'er (<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/projekter/arbejde-i-aeldreplejen---for-sosu/formaal>)
- 2 I Danmark er 133.000 af de 158.000 borgere, der modtager hjemmehjælp, over 65 år med

en gennemsnitsalder på 81,7 år. I 2009 havde 25 % af hjemmehjælpsmodtagerne enten en mental eller neurologisk sygdom. Generelt lider 66 % af den danske befolkning over 75 år af en kronisk sygdom (hjemmehjælpskommissionen, 2013).

- 3 Alternativt var det en sygeplejerske (gruppeleder) og en terapeut i samspil, der supervise-rede teammøderne.

## REFERENCER

- Albertsen, K., I-M Weigman & H-J. Limborg (2014): Hverdagsrehabilitering og relationel koordinering, *Teamarbejdsliv A/S*.
- Anker, M. (2011): Fra byrde til styrke. *Danske Kommuner no. 22*.
- Barker, J. R. (1993): Tightening the iron cage: Concertive control in self-managing teams. *Administrative Science Quarterly*, 38, 408-437
- Boje, D. M. (1991): The storytelling organization - a study of story performance in an office-supply firm. *Administrative Science Quarterly*, 36, 1, 106-126.
- Boltanski, L. & E. Chiapello (2005): The new spirit of capitalism. *International Journal of Politics, Culture, and Society*, 18, 3, 161-188.
- Christensen, U., G.M. Mallings, B. Christensen

- (2014): *Hverdagsrehabilitering*. Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.
- Denvir, P. (2015): Team Meetings, Health Care - The International Encyclopedia of Language and Social Interaction.
- Downing, S. (1997): Learning til plot: emotional momentum in search of a dramatic logic. *Management Learning* 28, 2, 27-44
- du Gay, P. & G. Morgan (2013): *New spirits of capitalism?: Crises, justifications, and dynamics*, Oxford.
- Ekman, S. (2010): *Authority and autonomy: Paradoxes of modern knowledge work*, CBS, PhD Series 22
- Ferlie, E. B. & S.M. Shortell (2001): Improving the quality of health care in the united kingdom and the united states: A framework for change. *Milbank Quarterly*, 79, 2, 281-315.
- Gittell, J., R. Seidner & J. Wimbush (2010): A relational model of how high- performance work systems work. *Organization Science; Organ Sci.*, 21, 2, 490-506.
- Hjemmehjælpskommissionen (2013): *Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats*.
- Hughes, E. C. (1958): *Men and Their Work*. Glencoe, IL, Free Press.
- Humle, D. M. & A.R: Pedersen (2010): Når man har sig selv med på arbejde - identitetsarbejde i en organisatorisk kontekst, *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 12, 3 (Følelser på arbejde), 57-71.
- Jacobsen, B. m.fl.(2008): *Socialrådgiveren på arbejde: Portræt af en profession og dens dilemmaer*, Hans Reitzels Forlag.
- Janis, I. L. (1972): *Victims of Groupthink: a Psychological Study of Foreign-Policy Decisions and Fiascoes*, Boston, Houghton Mifflin.
- Kamp, Annette (2013): Rehabilitering i hjemmeplejen – begejstring, krydspres og paradokser, *Gerontologi*, 29, 2
- Kärreman, D., M. Alvesson & R. Wenglén (2006): The charismatization of routines: Management of meaning and standardization in an educational organization. *Scandinavian Journal of Management*, 22, 4, 330-351.
- Kjellberg, P. K., R. Ibsen & J. Kjellberg (2011): Fra pleje og omsorg til rehabilitering, *Dansk Sundheds Institut*
- Kjellberg, P. K. m.fl. (2014): Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet, *Socialstyrelsen*.
- Mezey, M. D. m.fl. (2002): *Ethical patient care: A casebook for geriatric health care teams*, Maryland, The Johns Hopkins University Press.
- Monrad, M. (2010): Faglig uenighed i relationsarbejde - følelsesmæssige barrierer for konstruktiv udnyttelse af faglig uenighed blandt pædagoger, *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 12, 3 (Følelser på arbejde), 87-101.
- Orr, J. E. (1998): Images of work. *Science, Technology, & Human Values*, 23, 4, 439-455.
- Pedersen, K. Z. (2013): *Failsafe organizing? A pragmatic stance on patient safety*, CBS, PhD Series 32.
- Rennison, B. W. (2014): Polyfront lederskab - fra monofoniens kontrol til polyfoniens coping. In K. Majgaard (Ed.), *Sprækker for fornyelse - nye perspektiver på offentlig styring og ledelse*, Jurist- og økonomforbundets forlag.
- Rose, N. (2001): The politics of life itself. *Theory culture & society*, 18, 6, 1-30.
- Sennett, R. (1999): *Det fleksible menneske: Eller arbejdets forvandling og personlighedens nedsmeltning*, Højbjerg
- Shaw, A., S. de Lusignan & S. Rowlands (2005): Do primary care professionals work as a team: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 4, 396-405.
- Strauss A.L. m.fl. (1997): *Social organization of medical work*, New Brunswick, Transaction Publishers.
- Strauss, A.L. (1987): *Qualitative analysis for social scientists*, University of California, San Francisco.
- Vikkelsø, S. (2015): Core task and organizational reality, *Journal of Cultural Economy*, 8, 4, 1-21.

**Maya Christiane Flensburg Jensen**. Ph.d.-stipendiat, Institut for Organisation, CBS, Copenhagen Business School  
e-mail: mcfj.ioa@cbs.dk