

# Hvad kan vi lære af covid-19 på det kommunale sundheds- og ældreområde?

Kvalitativ erfaringsopsamling og pejlemærker



Emmy Hjort-Enemark Topholm og Martin Sandberg Buch

*Hvad kan vi lære af covid-19 på det kommunale sundheds- og ældreområde? – Kvalitativ erfaringsopsamling og pejlemærker*

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-924-6

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301783

Finansiering: FOA og KL

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

# Forord

FOA og KL har finansieret denne interviewundersøgelse, der indsamler erfaringer fra håndteringen af covid-19 på det kommunale sundheds- og ældreområde. Fokus er på at identificere og beskrive de praksisnære og daglige arbejdsgange, der er udviklet under pandemien, og hvilke af disse der ønskes fastholdt.

Resultatet er denne rapport, der beskriver lederes og medarbejderes bud på, hvor – og hvorfor – der er positive erfaringer og nye måder at gøre tingene på, der kan fastholdes og videreudvikles fremadrettet, og hvordan det kan gøres.

Undersøgelsen viser, at der er mange gode erfaringer, som det er værd at holde fast i og arbejde videre med, men også, at en del læring er sporadisk og lokalt forankret. VIVE håber derfor, at rapporten og dens pejlemærker kan understøtte og inspirere de enkelte kommuners arbejde med at identificere og holde fast i de gode erfaringer.

Vi vil sende en stor tak til de 10 kommuner, der har deltaget i undersøgelsen. Tak for at stille chefer, ledere og medarbejdere til rådighed for interview trods hverdage, der har været presset ud over det sædvanlige. De deltagende kommuner er: Aalborg, Ballerup, Bornholm, Egedal, Fredericia, Halsnæs, Horsens, Køge, Odense og Randers.

Undersøgelsen er gennemført af projektchef Martin Sandberg Buch og analytiker Emmy Hjort-Enemark Topholm. Projektchef Sidsel Vinge har bidraget til udformning af undersøgelsens design. VIVE ønsker at takke de to eksterne reviewere på rapporten, kommunaldirektør Christian Bertelsen og professor Morten Balle Hansen, som med afsæt i deres indblik i covid-19 på ældreområdet har bidraget med gode og indsigtfulde kommentarer.

*Mickael Bech*

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed  
2021

# Indhold

Sammenfatning .....	6
1 Indledning og formål .....	11
1.1 Undersøgelsens fokus og afgrænsning .....	13
1.2 Læsevejledning .....	13
1.3 Anvendte metoder og datagrundlag .....	14
2 Ledelse og beslutningsprocesser .....	15
2.1 Korte og fleksible beslutningsprocesser .....	15
2.2 Topleddelse med fokus på driften .....	18
2.3 Øget anerkendelse af medarbejderne .....	19
2.4 Udvikling på standby og fokus på kerneopgaven .....	19
2.5 Nærværende ledelse i driften .....	21
2.6 Opsamling .....	22
3 Hygiejneområdet .....	23
3.1 Mindre sygdom og bedre fysisk arbejdsmiljø .....	23
3.2 Omsorgsarbejde med afstand og masker .....	24
3.3 Tilgængelighed, fokus og hygiejneorganisation .....	25
3.4 Opsamling .....	26
4 Skærmteknologi .....	27
4.1 Skærmteknologi mellem medarbejdere .....	27
4.2 Skærmteknologi til at samordne indsatsen omkring komplekse borgere .....	28
4.3 Skærmteknologi til kontakt mellem borgere og pårørende .....	29
4.4 Skærmteknologi til borgerbesøg .....	30
4.5 Skærmteknologi i ledelsen .....	32
4.6 Opsamling .....	33
5 Borgere og pårørende på indeområdet .....	35
5.1 Kommunikation og samarbejde med pårørende .....	35
5.2 Struktur på pårørendebesøg .....	36
5.3 Plejepersonale med tid til kerneopgaven .....	37
5.4 Opsamling .....	38
6 Samarbejde om træning og rehabilitering .....	39
6.1 Forståelse for arbejdsbetingelserne i plejen .....	39
6.2 Relationsdannelse mellem terapeuter og plejepersonale .....	41
6.3 Terapeuternes tilstedeværelse i plejen .....	43
6.4 Opsamling .....	44
7 Konklusion og pejlemærker .....	45
7.1 Overordnede konklusioner og pejlemærker .....	45
7.2 Ledelse og beslutningsprocesser .....	46

7.3	Hygiejneområdet.....	47
7.4	Skærmteknologi i det faglige arbejde og i borgerkontakten .....	48
7.5	Borgere og pårørende på indeområdet .....	49
7.6	Samarbejde om træning og rehabilitering .....	50
	Litteratur.....	51
Bilag 1	Metode og datagrundlag .....	52

# Sammenfatning

Denne rapport handler om de ændringer, håndteringen af covid-19 har medført på det kommunale sundheds- og ældreområde. Undersøgelsen er gennemført med henblik på at indsamle og formidle opnåede erfaringer, løsninger og nye måder at gøre tingene på, som kommunerne med fordel kan videreføre og fastholde fremadrettet for at udvikle området.

Undersøgelsen er gennemført i to runder og baseret på interview med i alt 60 ledere og medarbejdere fra 10 forskellige kommuner. Første interviewrunde bestod af interview med 27 ledere og fokuserede på en bred afdækning af erfaringer og fremadrettede perspektiver i 10 kommuner. Anden interviewrunde gik tættere på den daglige praksis og udvalgte emner via interview med 33 medarbejdere og førstelinjeledere i 5 kommuner i hjemmeplejen, på plejecentre og midlertidige pladser.

## Overordnede resultater

Sammenfatningen beskriver resultater og pejlemærker for rapportens fem tematiske kapitler:

- Ledelse og beslutningsprocesser (og brug af skærmt teknologi i ledelsen)
- Hygiejneområdet
- Skærmt teknologi (i det faglige arbejde og borgerkontakten)
- Borgere og pårørende på indeområdet
- Samarbejde om træning og rehabilitering.

Interviewene har også undersøgt, hvorvidt covid-19 har ledt til nye former for samarbejde og arbejdsdelinger mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Der er dog ikke fundet eksempler på dette. Det ser i stedet ud til, at fysisk isolation og brug af skærmt teknologi snarere har cementeret og forøget afstanden mellem social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker på udeområdet. Deltagerne i undersøgelsen har med det afsæt et stort ønske om at vende tilbage til en normal hverdag med tværfaglige mødefora og mulighed for daglig sparring.

Det gælder for alle fem hovedtemaer, at håndteringen af covid-19 har givet anledning til meget læring og en række tiltag, kommunerne kan fastholde og videreudvikle de kommende år. En fællesnævner er dog også, at mange erfaringer og overvejelser om fastholdelse er fragmenterede og bærer præg af fortsat at være i proces, samt at de i høj grad er afdækket på individuelt niveau frem for organisationsniveau.

På den baggrund anbefaler VIVE overordnet, at de enkelte kommuner fremadrettet arbejder systematisk for at identificere og fastholde de lokale erfaringer med håndteringen af covid-19 og de potentielle gevinster, dette har givet anledning til. De følgende afsnit uddyber VIVEs resultater og pejlemærker, som kommunerne kan lade sig inspirere af til dette arbejde.

## Ledelse og beslutningsprocesser

Ledernes brug af virtuelle møder har taget et kvantespring under pandemien. Erfaringerne er generelt set meget positive. Forventningen er, at op imod halvdelen af de møder, der tidligere foregik ved fysisk fremmøde, fremadrettet vil være virtuelle møder. Fordelene knytter sig til reduceret transporttid, hurtige og effektive beslutningsprocesser, og at det i mange sammenhænge er hurtigere og lettere at samles virtuelt på tværs af travle kalendere.

Analysen peger på, at virtuel relationsdannelse i relativt stort omfang er muligt på ledelsesniveau, men at potentialet ved brugen af skærmt teknologi er større, når der i forvejen er gode relationer at trække på. Dette afspejler, at der over tid er opnået en forståelse for begrænsningerne ved virtuelle møder. De fungerer bedst, når deltagerne kender hinanden godt og fortsat har mulighed for at vedligeholde relationerne ved fysiske møder. Strategiske drøftelser, udviklingsarbejde og følsomme emner fremstår som typer af møder, hvor fysisk fremmøde er at foretrække.

Især undersøgelsens ledere (men også en del medarbejdere) har en positiv oplevelse af, at kommunerne er lykkedes med at drive kortere og mere effektive beslutningsprocesser under pandemien. Beslutningerne under pandemien opleves som mere fleksible og med bredere inddragelse, hvilket ses som en styrke. Det gælder både i de enkelte ledelseslag og i relationerne mellem disse. Særligt positivt fremstår det, at kommunernes topledelse i højere grad end normalt har arbejdet for at understøtte og inddrage driften i beslutningsprocesserne.

Disse former for inddragelse og samarbejde forbindes med beslutninger, der er nemmere at implementere i driften, og som i højere grad er tilpasset medarbejdernes hverdag. I den sammenhæng er oplevelsen videre, at medarbejderne har fået mere anerkendelse primært i pandemiens første fase, hvilket vurderes at have positiv betydning for trivsel og arbejdsglæde.

VIVEs pejlemærker er:

- Brug af skærmt teknologi til korte og informationsudvekslende formål som supplement til fysiske møder for at understøtte effektive og inddragende beslutningsprocesser.
- Den øverste ledelse (gerne i samspil med den politiske ledelse) inviterer de decentrale niveauer til at kvalificere beslutninger, så de i højere grad er tilpasset medarbejdernes og borgernes hverdag.
- Antallet af udviklingsprocesser, projekter mv. reduceres til fordel for færre, men mere fokuserede initiativer. Det kan understøtte øget fokus på kerneopgaven og nærværende ledelse, og at forandringer i højere grad følges til dørs.
- Fokus på at øge de decentrale leders tilstedeværelse og tilgængelighed over for medarbejderne og derigennem styrke nærværende ledelse ved brug af skærmt teknologi.
- Den øverste ledelse anerkender medarbejders og decentrale leders indsats under pandemien såvel som generelt for at bidrage til motivation og arbejdsglæde.

### **Hygiejneområdet**

Covid-19 har i alle sammenhænge givet et betydeligt løft af hygiejneområdet, og forventningen er, at dette (mundbind og afstand undtaget) er kommet for at blive. Erfaringen er, at de højere hygiejnestandarder har mindsket sygdom blandt medarbejderne såvel som antallet af infektioner hos borgerne. Analysen viser dog også, at der er behov for aktivt at fastholde den gode praksis fremadrettet, fordi det aktuelle fokus og begejstring vil blive udfordret, når det igen bliver hverdag.

VIVEs pejlemærker er:

- Etablering, fastholdelse og videreudvikling af den kommunale hygiejneorganisation, herunder understøttelse af, at medarbejdere med særlige hygiejnekompetencer har en synlig og tværgående funktion, der dækker kommunen som helhed og ikke kun ældreområdet.

- Løbende undervisning, vejledning og opdatering af skriftligt materiale, og eventuelt moduler til e-learning, som er målrettet forskellige områder (fx ældreområde, børneinstitutioner mv.) i kommunen.
- Den decentrale og den centrale ledelse fastholder fokus på betydningen af god hygiejne i hverdagen og støtter aktivt op om tiltag som kompetenceudvikling, hygiejneuger o.l.
- Opkvalificering af hygiejneressourcepersoner i de decentrale enheder med ansvar for, at værnemidler (sprit, klude etc.) er til stede og er lettilgængelige, og at vejlede kolleger i at vurdere hygiejnesituationen i komplekse borgeres hjem samt vejlede borgere og pårørende om hygiejne.

### **Skærmteknologi blandt medarbejderne**

Skærmteknologi har fyldt mindre på medarbejderniveau end blandt lederne i undersøgelsen, og erfaringerne er mindre positive blandt medarbejderne. Det fremgår i den forbindelse som en væsentlig pointe, at erfaringerne omkring relationsdannelse og anvendelighed varierer på tværs af faggrupper, funktioner og kontekst. Heroverfor indikerer undersøgelsen, at skærmteknologi på medarbejderniveau i højere grad end blandt lederne udfordrer relationsdannelse, hvorfor fysiske møder med hinanden såvel som med borgerne foretrækkes.

De konkrete erfaringer omhandler primært triagemøder, personalemøder og forskellige former for online-information/undervisning. Her fremstår skærm møder som et brugbart supplement, når der er tale om møder med få deltagere, eller når det primære fokus er envejsinformation. Ved triagemøder og lignende er den generelle oplevelse, at ulemperne (tekniske barrierer, udfordring af relationsdannelse og spontan sparring) klart overstiger eventuelle gevinster i form af mindsket transporttid og mere effektive møder.

Skærmteknologi til virtuelle møder mellem flere faggrupper omkring komplekse borgere er anvendt i begrænset omfang, men forbindes med et positivt potentiale fremadrettet. Det gælder i særdeleshed i forhold til at inddrage specialistkompetencer, fordi alternativet i de komplekse borgeres hjem ofte er at holde mødet uden deltagelse af fx praktiserende læge eller andre relevante specialister. Apps som Minlæge og LiveCare fremhæves specifikt som gode løsninger til virtuelle konsultationer fra borgerens hjem og til korte konsultationer mellem plejecentre og læger.

### **Skærmteknologi i medarbejdernes borgerkontakt**

Erfaringerne med at anvende skærmteknologi til tryghedsbesøg og lignende er sporadiske, men peger på, at skærmbesøg kan fungere for de mest velfungerende borgere, som fx skal tage deres medicin eller mindes om at drikke. For disse borgere kan skærmteknologi udbredes, i takt med at borgerne bliver mere trygge ved anvendelse af denne type teknologi.

På træningsområdet, hvor terapeuternes arbejde i høj grad har været omlagt til virtuel eller telefonisk træning som supplement til selvtræning, er der flere gode erfaringer. Oplevelsen er, at virtuel træning kombineret med fysisk fremmøde kan fungere godt for de lidt yngre og teknologivante borgere, der fx modtager genoptræning og er i arbejde. Vurderingen er til gengæld også, at ældre og sårbare borgere p.t. ikke har de fornødne tekniske redskaber og færdigheder til at modtage virtuel træning og supervision, samtidig med at tekniske udfordringer med kommunernes eksisterende løsninger begrænser udbredelsen af virtuel træning.

De gennemgåede erfaringer viser, at der fortsat er en række barrierer for at udbrede anvendelsen af skærmteknologi i det faglige og borgerrettede arbejde, men også, at der er mulighed



for at arbejde videre med de specifikke sammenhænge, hvor skærmteknologi fungerer som godt supplement til fysiske møder og ydelser.

VIVEs pejlemærker er:

- Brug af skærmteknologi til tværfaglige møder omkring komplekse borgerforløb for i højere grad at kunne inddrage specialister, pårørende, praktiserende læger mv.
- Arbejde med løsninger som MinLæge og LiveCare og de tekniske barrierer omkring kommunernes eksisterende løsninger.
- Kombination af fysiske fremmøder og virtuelle ydelser og opfølgninger for de borgermålgrupper, der formår at anvende teknologien til bl.a. træning, tryghedsbesøg og kontakt med pårørende.

### **Borgere og pårørende på indeområdet**

Kommunerne i undersøgelsen forventer samlet set at fastholde en række nye tiltag i samarbejdet med pårørende på plejecentre og midlertidige pladser fremover: Etablering af ordning med én kontaktpårørende per familie, faste telefonaftaler mellem pårørende og borgernes kontaktperson, pårørende med adgang til borgernes journaler samt opprioritering af udsendelse af nyhedsbreve til pårørende.

Der er skabt nye og mere strukturerede rammer for pårørendebesøg, herunder faste besøgstider og aftaler om besøg. Disse tiltag forbindes med mere ro omkring medarbejdernes arbejde, ligesom fx borgere med demens profiterer af, at omgivelserne er mere rolige. Omvendt er der også borgere, som oplever den manglende kontakt med pårørende som et stort afsavn.

Besøgs- og aktivitetsrestriktioner samt omlægning af tværgående aktiviteter har i et vist omfang ændret medarbejdernes kontakt med borgerne, bl.a. som følge af, at der er færre forstyrrelser og derved bedre tid til kerneopgaverne. Vurderingen er, at der er mere nærvær og en-til-en-kontakt mellem medarbejderne og borgerne, hvilket gavner særligt de mere sårbare borgere, fx udadreagerende borgere og borgere med demens.

Nogle plejecentre har fået tilført yderligere ressourcer fra andre faggrupper, fx socialpædagoger og ufraglærte, hvilket har betydet, at social- og sundhedsmedarbejderne i højere grad har fået deres faglighed i spil i den borgernære pleje. I disse tilfælde har det medført overvejelser om at ansætte andre faggrupper.

VIVEs pejlemærker er:

- Understøttelse af samarbejdet ved at finde en fremadrettet struktur for den skriftlige og mundtlige kommunikation med pårørende; hvor ofte skal nyhedsbreve udsendes, og hvordan kan den daglige kontakt tilrettelægges effektivt for medarbejdere og ledere, samtidig med at tilgængeligheden for pårørende bevares.
- Mere strukturerede rammer for pårørendebesøg af hensyn til trivslen blandt fx sårbare borgere med demens og øget en-til-en-kontakt, som samtidig tager hensyn til forskellige typer af borgere såvel som de pårørendes rolle på centrene.
- Ændring af rammerne for social- og sundhedsmedarbejdere, så de i højere grad kan få deres kernefaglighed i spil i borgerkontakten, fx via organiseringen af de enkelte medarbejders daglige arbejde eller via justeringer i arbejdsdeling mellem faggrupper.

## **Samarbejde om træning og rehabilitering**

Undersøgelsen viser, at de terapeuter, der var udlånt til plejen i pandemiens tidlige fase, har fået en større forståelse for arbejdsbetingelserne i plejen og respekt for plejens vilkår. Det handler bl.a. om, hvordan tidspres og travlhed kan udfordre ønsket om en rehabiliterende og aktiverende tilgang til borgernes pleje. Forventningen er, at de terapeuter, der arbejder med træning i regi af serviceloven, kan anvende disse erfaringer til at tilrettelægge borgernes træning og anbefalinger til aktiverende pleje, så det er mere realistisk for plejepersonalet at gennemføre i praksis.

Der er også til en vis grad dannet bedre relationer mellem de udlånte terapeuter og plejepersonalet, hvilket for en stund bidrog til bedre samarbejde. Analysen viser dog også, at den individuelle og mere eller mindre tilfældige relationsdannelse mellem de involverede medarbejdere ikke er vedligeholdt eller udbredt på trods af et stort ønske om dette fra både terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere i undersøgelsen.

Erfaringen med udlånte terapeuter har også medført overvejelser om at gentænke terapeuternes tilstedeværelse på plejecentrene, så de fx er der på faste, hele dage frem for ved enkeltstående besøg. Forventningen er, at en mere kontinuerlig tilstedeværelse vil give terapeuterne en bedre helhedsforståelse for borgerne og mulighed for løbende sparring.

Disse erfaringer illustrerer et potentiale for at styrke samarbejdet mellem terapeuter og plejepersonale fremadrettet, men også, at der er lang vej til ændrede samarbejdsformer på et mere generelt og langtidssikret plan.

VIVEs pejlemærker er:

- Ledelsesmæssigt fokus på og prioritering af at udvikle relationer og arbejdsgange, der på et mere generelt plan kan skabe bedre tværgående samarbejde, fx igennem tværfaglige møder i borgernes hjem, besøg og møder som del af introprogram mv.
- Overvejelse af mulighederne for gentænkning af terapeuternes tilstedeværelse i plejen, så de i højere grad er en del af hverdagen med henblik på at øge kvaliteten af og samarbejdet omkring træning og rehabilitering.

# 1 Indledning og formål

Udbruddet af covid-19 i foråret 2020 medførte historiske omstillinger på det kommunale sundheds- og ældreområde. Regeringen og sundhedsmyndighederne har løbende – og særligt i den første tid – ændret retningslinjer, restriktioner og anbefalinger om fx brug af værnemidler, hygiejne, rengøring, afstandskrav mv. Kommunernes ledelser og hygiejneorganisationer har hurtigt skulle oversætte myndighedernes udmeldinger til de lokale forhold, sikre implementering i driften samt sikre kapacitet til ikke-færdigbehandlede borgere, der udskrives fra sygehuse. Frontmedarbejderne har haft ansvar for at efterleve og håndhæve retningslinjerne for at forhindre og minimere smitte med covid-19 blandt sårbare og ældre borgere. Hjemmeplejen har skullet sikre færrest mulige medarbejdere i borgerens hjem til hjemme- og sygepleje, rehabilitering og genoptræning, mens de midlertidige pladser og plejecentrenes medarbejdere, borgere og pårørende har været særligt udfordret af de besøgsrestriktioner- og forbud, som Styrelsen for Patientsikkerhed har udstedt i perioder med øget smitterisiko. Håndteringen af covid-19 har således sat det kommunale sundheds- og ældreområde under ekstraordinært stort pres og medført ændringer i organisering, samarbejde og borgerkontakt.

Der er gennemført såvel lokale som nationale opsamlings på tværs af velfærdsområder og sundhedsvæsenets sektorer samt igangsat flere forskningsprojekter for at undersøge erfaringerne med covid-19 (Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus 2020, Københavns Kommune Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Afdeling for Evaluering 2020, Nabe-Nielsen, Nilsson et al. 2020, Hansen, Bertelsen et al. 2020). I juni 2020 publicerede KL også en overordnet erfaringsopsamling fra de store velfærdsområder, som var baseret på ledere og chefers perspektiver. Opsamlingen peger blandt andet på, at der på det kommunale sundheds- og ældreområde er opstået gode samarbejder på tværs af fagområder, fx på hygiejneområdet og mellem fysioterapeuter og hjemmeplejen om træning i hjemmet. Der er også sket en øget brug af digital genoptræning og hjemmepleje samt virtuelle konsultationer med praktiserende læger (KL 2020). Ligeledes peger sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen på en række udviklinger på området, hvor vi kan lære af erfaringerne under covid-19, som er værd at omsætte til praksis. Det gælder blandt andet digital sundhed, påskønnelse, agilitet, håndhygiejne, virtuel mødekultur og praksis omkring beslutningsprocesser i kommunerne (Pedersen 2020).

Denne undersøgelse falder i forlængelse af de ovennævnte, og den er gennemført fra efteråret 2020 til foråret 2021. Pandemien har vist sig på forskellige måder i interviewpersonernes hverdag igennem fire overordnede faser, som er sammenfattet nedenfor med afsæt i perspektiver fra undersøgelsens interviewpersoner.

## Pandemiens fire faser på ældreområdet

### Fase 1: Akut krisehåndtering

*Der landede en ny ting, vi aldrig havde prøvet og ikke vidste, hvad vi skulle gøre med, hvordan skulle vi forstå opgaven, hvor ville den lande henne. Det var kaotisk. (Leder)*

Den første periode fra den dag statsministeren lukkede landet ned den 11. marts 2020 var præget af krisetilstand, kriseberedskab og krisehåndtering. Kommunerne stod i en uforudsigelig og ukendt situation med stor usikkerhed og hyppigt skiftende retningslinjer fra de nationale sundhedsmyndigheder. Alle unødvendige aktiviteter og indsatser blev lukket ned, hvilket bl.a. gjaldt aktivitetscentre, aktiviteter og besøg på plejcentre og reduceret hjælp for borgere, der modtager hjemmepleje, fx rengøring eller træning. I denne tidlige fase var der mangel på værnemidler, og Sundhedsstyrelsen besluttede at give sygehusene prioritet, hvilket efterlod det kommunale sundheds- og ældreområde uden værnemidler, og medarbejdere med stor frygt for at smitte borgerne og hinanden.

### Fase 2: Kriseberedskab på plads og hurtige omstillinger

*Det handlede om at få fodfæste og støttestativ, retningslinjer, procedurer, opgaven, omfanget, håndtering og organisering. Der har vi brugt tid på at formidle ud i områderne, hvordan de skal forstå det og agere. Det brugte vi hele foråret på. (Leder)*

Forårets senere periode var præget af mindre akut krisetilstand, men hurtige omstillinger for at minimere smitte og kontinuerlig tilpasning til pandemiens udvikling og nye retningslinjer. Kommunerne har skullet oversætte retningslinjer, der har ændret sig fra dag til dag, oprette enheder til borgere, der udskrives fra hospital, oplære medarbejdere og ændre lokale arbejdsgange. Som lederen beskriver, handlede perioden om at finde fodfæste i krisen og i højere grad at få en forståelse for dens omfang. Der blev fundet hurtige løsninger i fællesskab. Medarbejdere i ældreplejen fik anerkendelse for deres indsats fra egne ledelser og fra samfundet. Der har været stor arbejdsglæde og et lavt sygefravær. Men konstant ændrede retningslinjer og frygt for smitte har også skabt usikkerhed og bekymringer blandt medarbejderne i hjemmeplejen og på plejehjem.

### Fase 3: Corona – the new normal

*Det handler om at massere ændringerne ind i vores drift, arbejde på at fastholde de gode vaner. Nu ved vi, hvordan vi agerer, og hvilken størrelse corona er. Medarbejderne kan komme og blive sendt hjem, komme og blive sendt hjem, og der er ikke noget ballade over det. (Leder)*

Hen over sommeren og ind i efteråret blev covid-19 en del af hverdagen og "the new normal", hvor værnemidler, tests, hygiejnekrav og ændringer i besøgsrestriktioner er blevet en integreret del af hverdagen. Kommunerne og medarbejderne havde forståelse for opgaven. "Coronatrætheden" indfandt sig blandt medarbejderne, anerkendelsen forsvandt med negative mediesager<sup>1</sup>, og sygefraværet steg på grund af krav om tests af sundhedspersonale samt udbrændthed hos personalet.

### Fase 4: Vinter, træthed, vaccinationer og lys for enden af tunnelen

Ved årsskiftet 2020/21 kom de første vacciner til landets mest sårbare borgere og frontlinjepersonale. Det satte ældreområdet under pres igen. Om end ikke i krisetilstand, men man oplevede et øget arbejdspress i forhold til at planlægge og koordinere vacciner til borgere og personale. Interviewdeltagerne forbinder i øget omfang covid-19-situationen med udbrændthed, sygemeldinger, og der er et stort ønske om normalitet og muligheder for afspadsring mv.

<sup>1</sup> Blandt andet TV2-dokumentaren "Plejehjemmene bag facaden", som blev sendt den 28. juli 2020.

## 1.1 Undersøgelsens fokus og afgrænsning

Faserne oven for viser, at håndteringen af covid-19 og de afledte erfaringer har ændret sig væsentligt undervejs i pandemien. Hvor der i de første faser var fokus på akut krisehåndtering, er der over tid udviklet en oplevelse af covid-19-situationen som "the new normal". Det gælder rutiner, der er implementeret i bund, og en erfaringshorisont, der er lang nok til at nuancere de tidlige erfaringer med fx skærmteknologi, tværfagligt samarbejde og nedlukninger af plejecentre mv. Undersøgelsen fokuserer primært på de mellemlange erfaringer og det daglige arbejde (fase 3 og 4) frem for erfaringerne med kriseberedskab (fase 1 og 2).

På den baggrund belyser denne undersøgelse spørgsmålet: *Hvad kan vi lære af håndteringen af covid-19 på det kommunale sundheds- og ældreområde?*

Undersøgelsen beskriver lederes og medarbejderes erfaringer med håndteringen af covid-19 på udeområdet (hjemmepleje) og indeområdet (plejecentre og midlertidige pladser). Formålet er at skabe detaljeret og praksisnær viden om, hvorvidt, hvor, hvordan og hvorfor de covid-19-relaterede ændringer har forbedret det kommunale sundheds- og ældreområde, samt hvordan opnået læring kan anvendes og fastholdes fremadrettet.

## 1.2 Læsevejledning

Rapporten består af fem selvstændige og empiriske analyser, der går på tværs af den producerede empiri og fokuserer på hver deres centrale, tværgående tema med afsæt i både lederes og medarbejderes erfaringer. Hvert analysekapitel afrundes med en opsamling, der fokuserer på, hvorvidt og hvordan erfaringerne kan fastholdes fremadrettet.

Kapitel 2 har fokus på erfaringerne med ledelse og beslutningsprocesser. Kapitlet beskriver betydningen af beslutningsprocesser, der er blevet kortere og mere fleksible, topledelse med fokus på at inddrage og understøtte driften, øget anerkendelse af medarbejderne på området samt læringen i mindre udvikling og mere fokus på kerneopgaven og nærværende ledelse i driften.

Kapitel 3 beskriver kommunernes erfaringer med højere hygiejnestandarder og lokale tiltag for at forhindre smittespredning. Dette har affødt gode erfaringer med bedre arbejdsmiljø og mindre sygdom blandt medarbejdere og borgere. Omvendt er der udfordringer med at udføre omsorgsarbejde med masker og på afstand. Kapitlet peger på tre forhold for at fastholde de gode vaner: tilgængelighed, fokus og hygiejneorganisation.

Kapitel 4 handler om brugen af skærmteknologi, der er mere udbredt for at minimere fysisk kontakt, på en række områder: mellem medarbejdere (fx triagemøder), mellem medarbejdere og borgere (fx borgerkonferencer), til kontakt mellem borgere og pårørende på indeområdet, til borgerbesøg på udeområdet (fx tryghedsbesøg), på træningsområdet (som erstatning for fysisk træning i hjemmet eller på sundhedscentret) og endelig skærmteknologi i ledelsen. Kapitlet peger på forskelle og fællestræk på tværs af disse områder, herunder til hvilke formål og borgere, skærmteknologi fungerer og ikke fungerer.

Kapitel 5 omhandler de gode erfaringer, som besøgs- og aktivitetsrestriktioner på indeområdet har medført. Det gælder bedre og mere kommunikation og samarbejde med pårørende samt struktur på pårørendebesøg. Det giver ro til gavn for nogle borgeres trivsel og tid til kerneopgaven for plejepersonalet, hvilket blandt andet har medført overvejelser om ansættelse af andre faggrupper.

Kapitel 6 beskriver erfaringerne med samarbejde om træning og rehabilitering som følge af, at terapeuter flere steder var udlånt til plejen i pandemiens tidligste fase. Mens oplevelsen er, at terapeuterne har fået en bedre forståelse for arbejdsbetingelserne i plejen, og der er sket relationsdannelse mellem de involverede medarbejdere, peger kapitlet også på manglen på systematisk indsats for at udbrede og fastholde dette. På plejecentre og midlertidige pladser er der ligeledes gode erfaringer, som har ført til gentænkning af terapeuternes tilstedeværelse.

Kapitel 7 afrunder analyserne med en overordnet konklusion på kommunernes erfaringer og opstiller en række pejlemærker for, hvordan kommunerne kan anvende og fastholde de indsamlede erfaringer fremadrettet.

### 1.3 Anvendte metoder og datagrundlag

Undersøgelsen er baseret på kvalitative interview: Første interviewrunde var en bred afdækning af erfaringerne med håndteringen af covid-19 og overvejelser om fastholdelse af erfaringerne. I denne fase deltog 27 ledere og chefer fra 10 kommuner (med variation på befolkningstal og geografi). Interviewene blev gennemført i perioden oktober-november 2020 og fokuserede på følgende temaer:

- Ledelse og beslutningsprocesser, herunder effektivitet, fokus på driften, omstillingsparathed og ansvarlighed
- Nye former for organisering i forhold til kerneopgaven, nye eller mere effektive arbejdsgange og samarbejdsformer, ændringer i kontinuitet og det tværfaglige samarbejde
- Medarbejdertrivsel, arbejdsglæde og sygefravær.

Interviewene i anden runde havde fokus på at gå i dybden med resultaterne fra første runde for at belyse praksisnære og konkrete erfaringer i fem af de deltagende kommuner, som er udvalgt for bedst at kunne belyse undersøgelsens spørgsmål. Der er gennemført interview (individuelle interview og gruppeinterview) med i alt 33 medarbejdere (sygeplejersker, social- og sundhedsmedarbejdere og terapeuter) og førstelinjeledere. Interviewene er gennemført i perioden januar-april 2021. Med afsæt i de indsamlede erfaringer fra første fase var fokus på temaerne:

- Forholdet til nærmeste leder, herunder synlighed, mulighed for sparring og kommunikation om løbende ændringer og trivsel mv.
- Organiseringen af det daglige arbejde og samarbejdet mellem faggrupper
- Brug af skærmt teknologi i det faglige og det borgerrettede arbejde
- Hygiejneområdet, herunder hvilke tiltag der kan og bør fastholdes fremadrettet
- Trivsel blandt plejehjemsbeboere samt kommunikation og samarbejde med pårørende
- Betydningen af de mange og hastige omstillinger, der har været nødvendige under perioden med covid-19.

Alle deltagere optræder anonymt i rapporten med angivelse af stillingsbetegnelse og inde/udeområde.

Bilag 1 indeholder en detaljeret beskrivelse af undersøgelsens metode og datagrundlag.

## 2 Ledelse og beslutningsprocesser

Det kommunale sundheds- og ældreområde har været præget af hurtigt skiftende retningslinjer fra myndighederne. Kommunernes ledere og kriseberedskab har derfor haft en stor opgave med at oversætte og formidle retningslinjerne hurtigt til vejledninger, action cards og flow charts til de enkelte områder og enheder. Det har været nødvendigt at træffe hurtige beslutninger, som skulle kunne ændres efterfølgende, og kommunernes ledelser har arbejdet tæt sammen med kommunalbestyrelserne og på tværs af områder og enheder. Disse krav og opgaver har affødt flere gode erfaringer med ledelser og beslutningsprocesser, som dette kapitel beskriver i fem underafsnit:

- Korte og fleksible beslutningsprocesser
- Topledelse med fokus på driften
- Anerkendelse af medarbejdere
- Udvikling på standby og fokus på kerneopgaven
- Nærværende ledelse i driften.

### 2.1 Korte og fleksible beslutningsprocesser

*Der var en energi og synergi i organisationen, som jeg var meget stolt af og lidt forundret over, fordi det er en stor organisation. Det er en stor skude at vende i andre projekter og nye ting. Og lige pludselig stod vi med nogle beslutninger, der ændrede sig dag for dag, og nogle gange time for time, som blev løftet så flot af vores medarbejdere, så det var en rigtig god oplevelse for mig som chef. (Leder)*

Som illustreret i ovenstående citat forbinder lederne i undersøgelsen håndteringen af covid-19 – og særligt foråret 2020 – med en periode præget af langt færre tunge, bureaukratiske processer og mindre "kassetænkning" end vanligt. Kommunerne har handlet hurtigt, har samarbejdet og handlet dynamisk. Beslutningsprocesser har været korte, effektive og fleksible, fx omkring indkøb af værnemidler og pavilloner til plejecentre, omorganisering af medarbejdere og oprettelse af særlige genoptræningspladser til patienter indlagt med covid-19, der udskrives fra sygehus. Erfaringen er, at store og bureaukratiske, kommunale organisationer kan implementere forandringer uden at "processe sig igennem alt i langstrakte involverende processer", som en leder formulerer det.

Medarbejderne deler ledernes erfaringer og oplever især, at covid-19 har stillet store krav til deres omstillingsparathed. En medarbejder beskriver det med ordene "ikke snak – bare handling". Det gælder særligt de nye og skiftende retningslinjer, medarbejderne løbende har skullet implementere i driften:

*Det har været tacklet utroligt flot og effektivt hele vejen igennem. Jeg er imponeret over omstillingsparatheden hele vejen rundt. Den har været enorm. Det er blevet implementeret godt og hurtigt ud fra regler, kriterier og forventninger. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

Disse erfaringer tjener som inspiration for de interviewede ledere og medarbejdere, som ønsker at arbejde videre med, hvordan beslutningsprocesser kan være kortere og mere fleksible

i det fremadrettede arbejde med udvikling og projekter. Men de interviewede ledere og medarbejdere har også en bevidsthed om, at beslutningskraft og opbakning er en anden i en krisesituation. Under covid-19 er der et fælles og meningsfuldt mål om at forhindre smitte, og de normale økonomiske spilleregler har været sat ud af kraft, som illustreret i nedenstående citat:

*[Der er en] Inspiration i at se, hvor hurtigt tingene kan gå. Det kan vi lære noget af på den lange bane. Vi behøver ikke lange processer. Men jeg tror, hvis det var hverdag, at beslutninger blev truffet så hurtigt, ville det være svært at få organisationen med. Der er en anden forståelse for ændringerne, fordi der er katastrofetænkning, som man ikke har i andre situationer. (Leder)*

Interviewdeltagerne er også opmærksomme på ulemperne ved fremadrettet at gennemføre forandringer lige så hurtigt som under covid-19, da implementering kræver tid. Dette eksemplificeres med, at nye retningslinjer i den første fase blev ændret så hurtigt, at man ikke nåede at implementere de foregående, som illustreret nedenfor:

*Ændringer i restriktioner er sket så hurtigt nogle gange, at man ikke nåede at blive bekendt med dem, der var der før. Så hvis man laver tingene for hurtigt om, er det svært at være i, for det tager tid at implementere. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

Deltagerne identificerer også fordele ved korte og fleksible beslutningsprocesser, som handler om bedre relationer, sammenhold og samarbejde på tværs af ledelsesniveauer og områder i kommunen. De deltagende ledere har en oplevelse af, at ledere på tværs af niveauer og organisationer er "rykket sammen i bussen", som flere udtrykker det. På den måde har covid-19 demonstreret betydningen af at rykke sammen og finde løsninger på tværs, som illustreret nedenfor:

*Alle led i kæden af aktører i ældreplejen er lige vigtige, for at vi ikke får virus ind på vores plejehjem og ind i folks hjem. [...] Vi kan ikke noget uden hinanden – det er blevet meget åbenlyst. (Leder)*

Oplevelsen blandt lederne er, at flere har bidraget til at løse udfordringerne og taget ansvar, hvilket har effektiviseret beslutningsprocesserne. Bred inddragelse er også gjort mulig som følge af øget brug af virtuelle møder, hvormed flere kan deltage på tværs af organisatoriske grænser (brugen af skærmt teknologi i ledelsen behandles i afsnit 4.5). Virtuelle møder betragtes således som et væsentligt element i mere effektive beslutningsprocesser, fordi det er lettere at inddrage på tværs af organisationen. Det giver et bedre afsæt for at løse problemerne, fortæller lederne.

Det er ikke kun på tværs af kommunernes organisationer, at samarbejdet opleves forbedret. Der er eksempler på samarbejde med politiet om det lokale beredskab, PLO (Praktiserende Lægers Organisation) og sygehusvæsenet. En leder fortæller, at man i kommunen har haft ugentlige, virtuelle møder med sygehuset om fx sygehusets belægningstal, som i lederens øjne har skabt et bedre samarbejde på tværs af sektorer.

Sammenhold og samarbejde forbinder lederne med bedre relationer, hvilket krisesituationen og de virtuelle møder har bidraget til. Oplevelsen er, at ledere på tværs af ledelseslag, forvaltninger og sektorer er kommet "tættere på hinanden". Nogle ledere oplever eksempelvis at være kommet tættere på forvaltningsudvalgene og de politiske udvalg, samt at der er kommet en mere "direkte linje" hertil, som illustreret i nedenstående citat:



*Personligt kendskab og det uformelle har en afsmittende effekt på, hvad der kan lade sig gøre, når vi i øvrigt skal træffe beslutninger. Relationerne er blevet forstærket i den her sammenhæng, og vi har fået øjnene op for, at det er vigtigt. (Leder)*

Relationsdannelsen under de første og mest kritiske faser af pandemien har sidenhen haft en afsmittende effekt på den daglige drift. Lederne fortæller, at det er lettere at ringe eller indkalde til et møde og få andres input, fordi de kender hinanden bedre. Relationer og samarbejde på tværs har dermed betydning for evnerne til at lave fleksible og gode løsninger fremadrettet. En læring blandt de deltagende ledere er altså vigtigheden af relationer for et godt og effektivt samarbejde.

Som nævnt tidligere har samarbejdet ifølge mange af undersøgelsens ledere været præget af sammenhold, ligeværd og fælles mål for arbejdet. Det viser følgende citater:

*Man gør noget mere for holdet, når man står i sådan en situation her. Og det er faktisk svært, for vi kører jo på 10. måned. Samarbejdet er blevet mere tæt og intenst. De [medarbejderne] er bedre til at koordinere opgaverne. Måden der bliver koordineret på, er mere imødekommende. (Leder)*

*Vi har rykket sammen om et mål: at undgå virusspredning. Det har givet en enorm følelse af meningsfuldhed og en meget vigtig rolle for alle faggrupper, og det smitter positivt af på trivsel og sygefravær, der har været lavt. (Leder)*

Ledernes positive perspektiver genfindes også blandt medarbejderne, hvor mange fremhæver, at de har gjort – og stadig gør – sig umage for at hjælpe hinanden, når hverdagen er udfordret. Det illustrerer denne dialog mellem to social- og sundhedsmedarbejdere:

*1: Jeg føler, at vi rykker sammen og hjælper hinanden som personalegruppe og med lederen. Vi er sammen om det her og skal nok få det til at fungere.*

*2: Holdånden betyder alt. Det er det, der får tingene til at hænge sammen. Vi kender hinanden ud og ind. Der er altid en, man kan snakke med. De [kollegerne] erstatter lidt familien i den her tid.*

*1: Jeg oplever et kollegafællesskab, der fungerer bedre, og mange er gledere for at gå på arbejde. (Social- og sundhedsmedarbejdere, indeområdet)*

Der er også enkelte medarbejdere, der ikke oplever, at sammenholdet er ændret under pandemien, men snarere at der altid er brug for et stærkt sammenhold inden for social- og sundhedsfagene:

*Når jeg kigger på vores hverdag generelt både før og under corona; der er ikke en dag, jeg ikke går hjem og tænker "hold kæft hvor er jeg lykkelig over, at vi kolleger hjælper hinanden, passer på hinanden og løfter i flok". Der er ikke nogle, der passer på os, så vi er nødt til at hjælpes ad og passe på hinanden. I vores fag og med vores uddannelse løfter vi i flok. Jo mere vi står sammen, jo bedre bliver det for os alle sammen. (Social- og sundhedsmedarbejder, udeområdet)*

Fællesnævneren på tværs af undersøgelsens interviewpersoner er vigtigheden af nære relationer og hjælpsomhed kollegerne imellem uagtet deres vurdering af, hvorvidt der er sket ændringer.

## 2.2 Topledelse med fokus på driften

Erfaringerne med mere effektive beslutningsprocesser knytter sig til en oplevelse af, at kommunernes topledelse under covid-19 i højere grad har haft fokus på at understøtte og inddrage driften i de centrale beslutningsrum.

*Supportfunktionerne gør i højere grad det, de er sat i verden for: At understøtte driften! Det skal vi holde fast i. (Leder)*

Topledelsen har blandt andet inddraget driften i beslutningsprocesser på hygiejneområdet via hygiejnesygeplejersker, som casen herunder viser, og via MED-udvalgene (som repræsenterer medarbejderne). Det gælder ikke mindst i forhold til hygiejneressourcepersoner der, som illustreret i casen nedenfor, har haft en helt central rolle i undersøgelsens kommuner:

En hygiejnesygeplejerske oplever at have fået en mere central rolle i kommunen ved bl.a. at deltage i krisestabsmøder, hvilket har givet hende mulighed for at få indflydelse og løfte hygiejneområdet.

*De [lederne] har været ekstremt lydhøre. Jeg fik klart at vide, at "de ledelsesmæssige beslutninger træffes med afsæt i din viden, erfaringer og rådgivning". Så det har været en ønskeposition for mig. Det er det, jeg gerne har villet i alle de år, jeg har arbejdet med området. (Hygiejnesygeplejerske)*

For hygiejnesygeplejersken har det været en positiv oplevelse at blive inddraget i topledelsen, samt at hygiejneområdet har fået langt større fokus end tidligere.

At inddrage driften i beslutningsprocesser har betydning for, om og i hvilken grad beslutningerne efterfølgende kan implementeres i driften, som denne leder bemærker:

*De udmeldinger, der er kommet centralt fra, har været operationelle og anvendelige. Det er noget nyt i forhold til beslutninger, der ikke har nogen gang i praksis. (Leder)*

Det har også den betydning, at kommunerne opleves som mindre topstyrede end tidligere. I tråd hermed nævner flere chefer, at de decentrale ledere har fået øget beslutningskompetence, fx til at tilpasse nationale retningslinjer til de lokale forhold i hjemmeplejen eller på plejecentre.

Interviewene rummer imidlertid også eksempler på, at topledelsen ikke har tilstrækkeligt fokus på at inddrage driften. I disse kommuner har ledere og medarbejdere en oplevelse af, at topledelsen er langt fra praksis og bør inddrage medarbejdere og førstelinjeledere til at kvalificere beslutninger, som ikke er tilpasset medarbejdernes hverdag.

Eksempelvis har nogle kommuner været nødt til at pausere en række ydelser relateret til fx rengøring og omsorg hos borgerne, hvilket har medført en række udfordringer, som medarbejderne ikke forbinder med god og værdig pleje. For de involverede medarbejdere har det givet en oplevelse af ikke at blive hørt og en følelse af at skulle "stå forrest og klare det, der bliver dikteret oppefra" (social- og sundhedsmedarbejder, udeområdet). For andre er oplevelsen i efteråret (hvor lederinterviewene er foretaget), at topledelsens forståelse for driftens opgaver allerede er svundet ind. I takt med at hverdagen inden covid-19 indfinder sig igen, bliver opgaverne de samme oven i de covid-relaterede opgaver, hvilket skaber et opgavepres.

## 2.3 Øget anerkendelse af medarbejderne

Erfaringerne med topledelsens øgede fokus på driften hænger sammen med en oplevelse af øget anerkendelse af medarbejderne på området. Ikke kun internt i kommunerne, men også mere bredt i samfundet, særligt i pandemiens første faser. Lederne vurderer, at denne anerkendelse har skabt mere arbejdsglæde og øget trivsel blandt medarbejderne. Som lederne forklarer, har anerkendelse betydning i en krisesituation, hvor presset i hverdagen er forøget:

*Den anerkendelse, som de [topledelsen] stort set hele tiden kommunikerer til os, den gør jo, at vi og medarbejderne tænker: "det kan vi godt, vi tager lige et træk mere". (Leder)*

*Jeg tror, man har følt sig nyttig og værdsat. "Her er der noget, vi kan mere end andre". Det har de [medarbejderne] selv sagt – i mange hjem er de de eneste, der er kommet. En borger, der har sagt: "jeg tror, du er det eneste menneske på jorden". Jeg tror, de ser det som en positiv opgave, at de er med til at sikre, at vi holder smittetrykket nede, og de har en stor andel i, at de ældre borgere ikke er smittet. (Leder)*

Ifølge lederne medfører anerkendelse, at medarbejderne føler sig værdsatte for deres indsats, hvilket bidrager positivt til deres motivation for at gøre en ekstra indsats. Men anerkendelse er også vigtigt i hverdagen, som dette citat fra en social- og sundhedsmedarbejder illustrerer:

*I starten var de [ledelsen] rigtig gode til at skrive ud og anerkende vores indsats. Der kom også noget chokolade på et tidspunkt. Det var rigtig fint og vigtigt! Men det er blevet hverdag igen, så siden foråret [er der] ingen ændringer. Men vores egen centerchef er god til det fortsat. Det betyder meget, man retter lige ryggen og kan klare lidt mere. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

Det hører også med til erfaringerne med mere anerkendelse på området, at denne var kortvarig, som medarbejderen ovenfor også bemærker. Det skyldes blandt andet negative mediesager i sommeren 2020, der "pillede noget luft ud af det" ifølge en leder. Det ærgrer både ledere og medarbejdere, som ser et generelt behov for mere anerkendelse af medarbejderne på området.

I nogle kommuner oplever medarbejderne ikke at have fået tilstrækkelig anerkendelse for deres indsats under pandemien direkte fra topledelsen, men i stedet fra deres nærmeste leder. Disse medarbejdere understreger, at anerkendelsen også bør komme fra topledelsen: "der hvor instrukserne kommer fra" (social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet). Disse oplevelser er med til at illustrere vigtigheden af, at politikere og ledere i kommunerne anerkender medarbejdernes indsats under covid-19 såvel som i hverdagen.

## 2.4 Udvikling på standby og fokus på kerneopgaven

Som led i et øget fokus på at få driften til at fungere under krisen oplever interviewpersonerne også, at der har været mulighed for at fokusere mere på kerneopgaven. Det skyldes, at næsten alle opgaver, der vedrører "udvikling", har været på standby siden pandemiens udbrud. Det er først fra starten af 2021, at der så småt er begyndt at blive åbnet op igen. Deltagerne beskriver "udvikling" som projekter og forandringsprocesser, kvalitetsudvikling og kompeten-

ceudvikling. Det fremgår i den forbindelse, at medarbejderne ikke betragter kompetenceudvikling som en forstyrrende form for udvikling, men savner denne. Det er i højere grad nye tiltag, afprøvninger og omorganiseringer, som repræsenterer forstyrrelser i hverdagen.

Medarbejdernes erfaringer hermed er, at de har haft mere ro til kerneopgaven i borgerkontakten, fordi der har været færre "forstyrrelser oppefra", som en medarbejder formulerer det. Førstelinjelederne forbinder desuden perioden med covid-19 med større frihed til selv at lede og træffe beslutninger, hvilket også fremhæves som noget positivt.

Oplevelsen af, at udvikling er sat på standby, er interessant set i lyset af de mange omstillinger og forandringer, kommunerne på rekordtid har implementeret under pandemien. Der synes altså at være sket meget udvikling, men samtidig gives der udtryk for, at der ikke har været udvikling. Det illustreres i følgende citat, hvor lederen først siger, at "alt er aflyst", og dernæst at kommunen "fik prøvet en masse ting af":

*Ser vi isoleret på foråret, så er mit perspektiv, at der skete kæmpe forandring fra den ene dag til den anden: Vi skulle lave beredskab og kiggede ind i det uvisse. Der var én opgave: Fokus på kerneopgaven. Alt er aflyst. Det var en lettere tid end normalt på den måde. Vi fik prøvet en masse ting af og fik systemer op at køre: Antal sygemeldte i real time opdateringer, beredskabsniveauer, og uddannet medarbejdere, som kunne flyttes rundt. (Leder)*

Denne til dels modsætningsfyldte erfaring hænger formentlig sammen med, at covid-19 har medført andre former for udvikling, end det man i kommunerne normalt ville betragte som udvikling. For eksempel fortæller en terapeut, at den faglige udvikling har været sat på standby, men at der til gengæld har været stor læring i det tværfaglige samarbejde og relationsdannelsen på tværs af faggrupper (se også kapitel 6). Som et andet eksempel beskrives, hvordan en kommune i foråret oprettede en sluse til hjælpemidler. Her kan borgere og pårørende, der får bevilget hjælpemidler, selv hente det nye hjælpemiddel, i stedet for at kommunens medarbejdere kører ud med hjælpemidlet. Det har medført, at de borgere, der selv kan hente hjælpemidler får adgang til disse langt hurtigere, samtidig med at kommunen får frigjort ressourcer til bedre at kunne hjælpe de borgere, der ikke har denne mulighed. Derfor planlægger kommunen at fastholde slusen fremadrettet.

Erfaringen med at få frigivet tid og ro til kerneopgaven ønsker lederne at fastholde fremadrettet. Det kan blandt andet gøres ved at have færre, men mere fokuserede projekter, som denne leder er inde på:

*At have en organisation, der er fokuseret. Færre, men mere fokuserede projekter. Når der er for mange, bliver fokus udtyndet. Jeg håber, vi kan blive bedre til at fokusere – ikke vælge for mange projekter, der sættes i søen samtidig. At vi har samme perspektiv og rykker sammen. Jeg har talt med min egen leder, og der er lydhørhed over for det. Så jeg håber, det er noget vi i et eller andet omfang kan holde fast i som organisation – og i de øverste ledelseslag. (Leder)*

## 2.5 Nærværende ledelse i driften

Ledere og medarbejdere har en fælles oplevelse af, at lederne i driften generelt har været mere nærværende under pandemien. Det skyldes blandt andet, at udvikling har været sat på standby, samt at en stor del af ledernes møder er konverteret til skærm møder, som klares på den decentrale lokation og derved tæt på nærmeste kolleger. Det har frigivet tid til ledernes nærvær, synlighed og tilstedeværelse blandt medarbejderne i driften.

Erfaringen med en nærværende ledelse ønsker både ledere og medarbejdere fastholdt fremadrettet. For en enkelt kommune har det konkret ført til fremskyndelse af budgetændringer, der skal minimere ledelsesspændet i de decentrale enheder.

Der er flere forhold, der har skabt bedre forudsætninger for nærværende ledelse i driften under covid-19. Helt gennemgående peger interviewpersonerne på den sparede transporttid til fysiske møder, der er erstattet af virtuelle og mere effektive møder, samt at udvikling har været sat på standby:

*Det er fantastisk, at det [udvikling] har været på pause. Det har givet ro ledelsesmæssigt til at arbejde fagligt. [Medarbejderne] har kunne fordybe sig i kerneopgaven, og man har kunnet kvalificere det. (Leder)*

Oplevelsen af at kunne bedrive nærværende ledelse er positiv. Nærværende ledelse er særligt vigtigt i en krisesituation, hvor lederne skal skabe sikkerhed og tryghed ved at være tilstede for spørgsmål, frustrationer og tvivl blandt medarbejderne. I nogle tilfælde har lederne været pålagt at arbejde hjemmefra, hvilket naturligt gør afstanden til medarbejderne større. For de berørte medarbejdere har det skabt øget utryghed.

Men nærværende ledelse er også vigtigt i hverdagen. Lederne giver udtryk for, at deres nærvær og tilstedeværelse har stor betydning for medarbejdernes arbejde, og for at medarbejderne "går samme vej", som en leder formulerer det. Flere medarbejdere oplever, at relationen til deres nærmeste ledere er blevet bedre under pandemien. For medarbejderne er det vigtigt, at de altid har mulighed for at vende faglige eller personlige forhold med deres nærmeste leder. Medarbejdernes oplevelse er, at det er vigtigt med en nærværende leder, der er tilstede på matriklen.

Enkelte medarbejdere på udeområdet vurderer ikke, at det gør den store forskel, om lederen er på matriklen, da de alligevel er ude hos borgerne. Enkelte medarbejdere oplever dertil, at opgaver omkring covid-19 har optaget al lederens tid, som illustreret i nedenstående citat:

*Vi kan ikke genkende det med nærværende leder. Vi synes, hun er mere fraværende nu. Men det handler om, at hun får så mange mails og skal nå at følge med, hvem gælder reglerne for, så vi ikke gør noget forkert. Hun har 50 medarbejdere, og det er i døgndrift. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

Set i lyset af de senere års udvikling og debatter på området er erfaringerne med nærværende ledelse interessant. Mange års bestræbelser på at effektivisere de offentlige velfærdsinstitutioner, også på det kommunale sundheds- og ældreområde, har blandt andet medført organisationssammenlægninger, der har øget ledelsesspændene. Det har mange steder betydet flere medarbejdere per leder. Samtidig er der en høj grad af distanceledelse på området, idet medarbejderne på udeområdet ofte arbejder fra flere geografiske lokationer og ude i borgerens hjem (Holm-Petersen, Rieper 2013). Debatter om kvaliteten af ældreplejen har de senere år

centreret sig om nærværende, faglig ledelse særligt i kølvandet på mediesager i sommeren 2020. Nærværende ledelse argumenteres i den forbindelse som et element til at skabe bedre kvalitet på området.

## 2.6 Opsamling

Kapitlet beskriver erfaringerne med ledelse og beslutningsprocesser. På tværs af de interviewede ledere og medarbejdere er erfaringen, at det har været muligt selv i bureaukratiske organisationer at have korte og fleksible beslutningsprocesser, som blandt andet er muliggjort af bred inddragelse på tværs af ledelseslag og organisatoriske grænser samt sammenhold. Disse elementer forbindes med effektive og fagligt forankrede beslutninger, der giver opbakning på tværs af de involverede aktører og danner forudsætning for hurtig implementering. Interviewpersonerne forbinder det intense arbejde med krisestyring og de tilhørende korte og fleksible beslutningsprocesser med, at der er udviklet nye og/eller tættere relationer, som fremadrettet giver bedre samarbejdsmuligheder på tværs af de kommunale organisationer.

Langt hen ad vejen er oplevelsen blandt ledere og medarbejdere, at topledelsen i højere grad end vanligt har haft fokus på at understøtte og inddrage driften, fx igennem MED-udvalg og hygiejneorganisationer. Deltagerne ønsker, at topledelsen fastholder denne praksis eller arbejder hen imod en sådan praksis, fordi det har stor betydning for hverdagen ude blandt borgerne. I den forbindelse er erfaringen også, at medarbejderne har fået mere anerkendelse fra samfundet og fra den øverste ledelse i kommunerne, særligt under pandemiens første fase, hvilket ifølge interviewpersonerne har bidraget til øget arbejdsglæde.

Derudover har pandemien skabt bedre muligheder for nærværende ledelse i driften. Det skyldes dels, at udvikling (i form af projekter, kvalitetsudvikling, kompetenceudvikling) i vid udstrækning har været sat på standby, hvilket for mange fremstår positivt. Dels brugen af virtuelle møder i ledelsen, hvormed lederne har kunnet være til stede sammen med medarbejderne.

### 3 Hygiejneområdet

Værnemidler, håndsprit og afstand har fyldt meget i hverdagen på det kommunale sundheds- og ældreområde. Det er derfor ikke overraskende, at det er et tema, der i høj grad har optaget lederne og medarbejderne i denne undersøgelse, selvom hygiejnepraksis i forvejen er en integreret del af arbejdet på området. Der er blandt andet nationale retningslinjer for infektionshygiejne og tilsyn med hygiejnepraksis. God hygiejnepraksis har stor betydning for forebyggelse af sygdom og indlæggelse samt borgernes helbred og medarbejdernes sygefravær. Derfor er erfaringerne på området vigtige at interessere sig for. Samtidig har hygiejneområdet ikke tidligere vejet tungt på de kommunalpolitiske dagsordener, og mange kommuner har ikke haft etablerede hygiejneorganisationer og systematiske hygiejneindsatser. Men covid-19 har demonstreret vigtigheden af god hygiejnepraksis. Området har fået en plads på den politiske dagsorden, og kommunerne har gjort sig flere gode erfaringer på området, som de forventer at fastholde. Det gælder også i forhold til hygiejneorganisationernes rolle – på ældreområdet såvel som på andre velfærdsområder.

Dette kapitel beskriver erfaringerne med hygiejneområdet i tre afsnit:

- Mindre sygdom og bedre fysisk arbejdsmiljø
- Omsorgsarbejde med afstand og masker
- Tilgængelighed, fokus og hygiejneorganisation.

#### 3.1 Mindre sygdom og bedre fysisk arbejdsmiljø

Nye retningslinjer og restriktioner har ført til højere hygiejnestandarder i kommunerne. Det gælder brug af værnemidler såsom mundbind, afspritning af hænder, aftørring af overflader og kontaktflader samt afstandskrav og afstand til forsamlinger. Det har ført til nye lokale tiltag fx skemaer over, hvem der er ansvarlig for at tørre fællesrummene af, inddragelse af borgere i aftørringen af kontaktflader mv. Hygiejnestandarderne er højnet, idet den generelle rengøring er blevet bedre, og nogle enheder har fået tilført ressourcer i form af flere rengøringsassistenter. Mange steder er der endvidere ansat flere hygiejnesygeplejersker til at understøtte hygiejnetiltag i enhederne.

Deltagerne har gennemgående gode erfaringer med højere hygiejnestandarder. Oplevelsen er, at procedurerne på hygiejneområdet har ført til mindre sygdom både blandt borgere og medarbejdere og dermed et lavere sygefravær særligt i pandemiens første fase. Ifølge interviewpersonerne betød det mere stabilitet blandt medarbejdere og mindre brug af vikarer.

Der er imidlertid ikke et generelt billede af lavere sygefravær over hele covid-19-perioden, da blandt andet øget testning i efteråret medførte korttidssygefravær (som beskrevet i kapitel 1). Nogle af deltagerne peger også på, at selvom der er mindre korttidssygdom, så medfører det store pres på området i stedet langtidssygefravær på grund af udbrændthed og stress.

Det til trods er oplevelsen, at det lavere sygefravær har ”demonstreret betydningen af hygiejne, håndvask og rengøring”, som en leder beskriver det. En hygiejnesygeplejerske forklarer:

*Det har [givet] et kæmpe løft, at infektionshygiejne pludselig er på alles dagsorden. Det er meget tiltrængt at løfte området. Og koble det på tværs af den store kommunale organisation. [...] Jeg tror, der er kommet en større forståelse for, at det kan*

*betale sig at investere i hygiejne, fordi det kommer retur i mindsket sygefravær.  
(Hygiejnesygeplejerske)*

Oplevelsen er ikke kun, at ændringerne på hygiejneområdet, herunder øget rengøring, har ført til mindre sygdom, men også at det har betydet et bedre fysisk arbejdsmiljø. Det oplever eksempelvis denne medarbejder:

*Jeg synes, det er så dejligt, for man kan ikke sige, vi har haft den bedste rengøring. Det har været sparet på i mange år. Det er positivt, at gulvet vaskes oftere nu. Det kan man godt se. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

Medarbejderne oplever også, at der er mindre sygdom blandt borgerne. En social- og sundhedsmedarbejder på indeområdet fortæller om en multihandicappet beboer, der normalt har to-tre infektioner om året, men som i løbet af 2020 ikke havde nogle infektioner. At borgerne bliver mindre syge har stor betydning for at kunne rehabiliter og vedligeholde funktionsevne.

De interviewede medarbejdere oplever, at hygiejneprocedurerne nu er en integreret del af deres hverdag og "sidder på rygraden". Ikke kun ledere og medarbejdere, men også borgere og pårørendes vaner er ændret til det bedre under pandemien, hvilket også har betydning for sygdom og smitte, som illustreret i nedenstående citater:

*Vi havde nogle spritdispensere før, der var måske 1 pct., der brugte dem, nu gør borgerne det af sig selv, så der er sket et skifte. (Terapeut).*

*Også borgerne har været mindre syge. Det gør, at vi ikke skal bruge så meget tid inde hos den enkelte borger. Men også fordi de bliver svækkede og dårlige, når de bliver syge, og der går længere tid, inden de kommer på toppen igen. Vi har oplevet, at går træningen i stå i en dag eller to, skal de bruge dobbelt så lang tid på at komme ovenpå igen. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

Der er altså på tværs af ledere og medarbejdere i undersøgelsen gode erfaringer med hygiejnetiltagene på grund af den positive betydning, det har for sygdom og fysisk arbejdsmiljø. Det hører dog også med, at krav til værnemidler og afstand i plejen har været udfordrende for medarbejderne.

### 3.2 Omsorgsarbejde med afstand og masker

Ud over den bedre hygiejne er det første, som mange medarbejdere fortæller om i interviewene, udfordringer med brug værnemidler og afstandskravene. For medarbejderne er det udfordrende at udføre opgaver med pleje og omsorg, når de skal holde afstand til borgerne og bære værnemidler. Det er svært at bære mundbind og kommunikere med borgere, der har begrænset syn og nedsat hørelse samt at yde omsorg og nærvær uden berøring. Ifølge medarbejderne har særligt borgere med demens svært ved at tolke og afkode dem. Nogle borgere frygter, at medarbejderne er sure, fordi de ikke kan se deres smil og mimik eller får den berøring, de er vant til.

Disse udfordringer har stillet mange social- og sundhedsmedarbejdere i svære situationer, hvor de skal afveje borgerens trivsel med krav og retningslinjer. I nogle tilfælde har det betydet, at medarbejderne ikke har overholdt retningslinjerne af hensyn til borgernes trivsel, fx hvis borgerne som i eksemplerne nedenfor reagerer kraftigt på mundbind eller har været kede af det:



*Vi har nogle [borgere], hvor vi tager visir på, så de kan se vores ansigt. Der skal vi passe ekstra på, for den er ikke godkendt i plejesituationer. Men det er vi nødt til at gøre for dem, der er kognitivt udfordrede. Vi har haft få borgere, hvor vi er nødt til at tage mundbindet af, fx hvis de har oplevet krig. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

*Jeg har givet krammere, når der er nogle, som er kede af det. For jeg er også et menneske. Og vi tester så meget og systematisk, så det må gå. Når de er kede af det, og jeg ved, at det er det, der kan hjælpe dem, så må man gøre det. Men slet ikke så meget, som vi plejer. Vi kan godt se, når der er brug for det, og hvornår vi kan snakke os ud af det. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

Som social- og sundhedsmedarbejderne her fortæller, så er det udfordrende at udføre omsorgsarbejde for ældre og kognitivt udfordrede borgere med afstand og masker særligt i en periode, som også har været svær for mange borgere (se kapitel 5).

Det er dog ikke kun på arbejdet, at social- og sundhedsmedarbejderne har stået over for nogle svære valg. Det gælder også i privatlivet, hvor frygten for at smitte borgerne med covid-19 griber ind, og for flere af medarbejderne i undersøgelsen har det betydet, at de kun i meget begrænset omfang har set familie og venner.

### 3.3 Tilgængelighed, fokus og hygiejneorganisation

Med undtagelse af brug af mundbind er der blandt ledere og medarbejdere enighed om at fastholde de mere systematiske rutiner på hygiejneområdet. Mange oplever, at hygiejnepraksis under covid-19 er vaner og rutiner, mens andre vurderer, at det kræver en indsats for at fastholde rutinerne. Her peger deltagerne på tilgængelighed af midler, vedvarende fokus og stærke hygiejneorganisationer. Dertil håber flere medarbejdere, at også andre nye tiltag fortsætter, fx ressourcer til rengøring og medarbejderskemaer med angivelse af ansvar for aftørring af kontaktflader.

Tilgængelighed vurderer deltagerne som væsentlig for at fastholde rutinerne. Det handler om, at spritdispensere, klude, mv. er der, hvor de skal anvendes, for at det er så nemt som muligt at tørre overflader af efter brug. Det er både lederes og medarbejderes erfaringer:

*[...] hvor hænger vores sprit, hvor er det mest hensigtsmæssigt ift. vores adfærd i hverdagen – det skal blive mere naturligt og være der, hvor vi færdes. Rent praktisk har vi fået hængt nye holdere op og betjeningsvenlige spritautomater til borger og pårørende. (Leder)*

*Vi fandt ud af, at jo mere besværligt man gør det, jo mindre bliver det gjort. Det skal være lettilgængeligt, ellers springer folk det over. Kludene skal ligge fremme, man skal ikke lede efter det. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

Ud over tilgængelighed er det for medarbejderne også vigtigt, at hygiejnestandarden fremover er på et realistisk niveau, hvor hygiejneprocedurer ikke tager for meget tid fra kerneopgaven hos borgerne. Flere vurderer, at der er behov for at vedligeholde fokus på betydningen af hygiejne for sygdom og indarbejdelse i praksis igennem tiltag såsom systematisk undervisning. For eksempel siger en hygiejnesygeplejerske:

*Det skal være synligt – og der skal være ledelsesfokus på det. Det kræver et vedvarende fokus. I stille perioder slapper man af og glemmer det igen. Lige nu bliver der lavet en masse gode retningslinjer, som vi skal holde fast i; fx sikre daglig rutine med tid sat af til aftørring af kontaktflader, løbende oplæring i, hvordan man laver personlig hygiejne korrekt og lignende. (Hygiejnesygeplejerske)*

Et vedvarende fokus på hygiejne i hverdagen kan ifølge ledere og medarbejdere sikres ved, at medarbejderne sparrer med hinanden, og at ledelsen tager ansvar for at holde fast i vanerne:

*På et tidspunkt bliver det hverdag igen, så det er vigtigt ledelsesmæssigt at blive ved med at holde fokus på det og [sørge] for, at vi fortsat har tiden til det. (Terapeut)*

Andre måder at fastholde fokus på er at holde temauger med fokus på hygiejne, og sikre, at flere medarbejdere bliver inddraget, når hygiejneorganisationernes medarbejdere underviser, foretager audits og generelt omsætter hygiejneprincipperne i de enkelte enheder. En hygiejnesygeplejerske har blandt andet udarbejdet videoer, der fx illustrerer, hvordan værnemidler anvendes korrekt. I en hjemmeplejeenhed er gennemgang af videoerne fastlagt i medarbejdernes program hver 14. dag, så de altid er opdaterede på hygiejneområdet.

Et tredje element i at fastholde hygiejneprocedurer fremadrettet er ifølge de interviewede hygiejnesygeplejersker at etablere en hygiejneorganisation med dedikerede medarbejdere (fx hygiejnesygeplejersker), som kan fortsætte arbejdet med at implementere hygiejneprincipper, vejlede og kompetenceudvikle medarbejdere både på ældreområdet og på tværs af områder og organisationer.

De interviewede hygiejnesygeplejersker anbefaler også, at der uddannes hygiejneressourcepersoner på alle institutioner, som har ansvaret for at holde sig opdateret på hygiejneområdet, og som bruges til vejledning og sparring for de andre medarbejdere. I de kommuner, der også inden covid-19 havde hygiejneansvarlige, er oplevelsen ifølge de interviewede medarbejdere, at hygiejneressourcepersoner har haft stor betydning for, at de er lykkedes med at holde smitten nede. I en kommune valgte man tilmed at opnormere antallet af hygiejneansvarlige, så der var en i hvert enkelt team.

### 3.4 Opsamling

Hygiejneområdet fylder meget i dagligdagen med covid-19 både centralt i kommunerne og for medarbejderne i hjemmeplejen, på plejecentre og midlertidige pladser. Det er udfordrende for medarbejderne at yde pleje og omsorg til borgerne, når de samtidig skal holde afstand og bære værnemidler. På trods af disse udfordringer har de deltagende kommuner gjort sig gode erfaringer med at højne hygiejnestandarden og implementere lokale tiltag for at forhindre smitte. Oplevelsen er, at disse hygiejnestandarder har betydet bedre fysisk arbejdsmiljø og mindre sygdom blandt borgere og medarbejdere og dermed et lavere sygefravær særligt i pandemiens første fase. Derfor ses et gennemgående ønske om at fastholde erfaringerne på hygiejneområdet. Analysen peger på, at fastholdelse af denne praksis kræver, at værnemidler og hygiejnemidler er lettilgængelige, at ledere og medarbejdere fastholder fokus på området, samt at kommunerne etablerer centrale hygiejneorganisationer og uddanner hygiejneressourcepersoner i de decentrale enheder.

## 4 Skærmteknologi

Øget brug af velfærdsteknologi og digitale værktøjer har længe været et politisk fokusområde. Kommunerne har de seneste år arbejdet med udvikling, afprøvning og implementering af velfærdsteknologiske løsninger på tværs af velfærdsområder, men flere barrierer har stået i vejen for udbredelse, herunder tekniske forhold, kultur, vaner og digitale kompetencer (KL 2017). Under covid-19 er der indført videokonsultationer i almen praksis og virtuelle samtaler i jobcentret og på det specialiserede socialområde (Hjelmar, Tue Pedersen et al. 2021, Wentzer 2020). På det kommunale sundheds- og ældreområde er der sket en stigning i brugen af virtuelle møder såvel internt i kommunerne som med eksterne samarbejdspartnere, fx sygehuse og praktiserende læger samt i leveringen af ydelser til borgerne (KL - Center for velfærdsteknologi 2020).

Udviklingen har således taget fart mange steder som følge af covid-19. Dermed er der behov for at skabe viden om anvendelsen af skærmteknologi; hvor og hvornår det virker og ikke virker. Det gælder særligt, når der er tale om teknologi, der erstatter det fysiske møde mellem medarbejdere og borgere. Dette kapitel fokuserer på skærmteknologi i form af besøg, ydelser og møder, som foregår digitalt. Kapitlet beskriver muligheder og udfordringer i brugen af skærmteknologi på fem områder:

- Skærmteknologi mellem medarbejdere
- Skærmteknologi anvendt til at samordne indsatsen omkring komplekse borgere
- Skærmteknologi i kontakten mellem borgere og pårørende
- Skærmteknologi til borgerbesøg
- Skærmteknologi i ledelsen.

### 4.1 Skærmteknologi mellem medarbejdere

På indeområdet er der ikke erfaringer med brug af skærmteknologi mellem medarbejderne, ligesom der heller ikke er erfaringer med ændringer i arbejds- eller opgavefordeling mellem faggrupper, fx hjemmeplejen og sygeplejen. Samtidig fortæller interviewpersonerne, at langt de fleste fælles møder, fx personalemøder og triagemøder, har været aflyst, eller medarbejderne er blevet opdelt i mindre grupper. Det oplever de som en udfordring, fordi de ikke har været tilstrækkeligt informeret om borgerne, som det fremgår af dette citat:

*Der er ikke lige så mange tværfaglige møder. Det har ikke altid været godt. Vi mister oplysninger om de andre borgere, så vi kan ikke svare pårørende. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

På udeområdet har det været nødvendigt at begrænse, hvor meget medarbejdere fra forskellige faggrupper krydser hinanden, og der er i et vist omfang kompenseret for dette via skærmteknologi. Skærmteknologien er derved anvendt i forbindelse med gruppemøder og triagemøder, hvor social- og sundhedsmedarbejderne mødes og drøfter generelle faglige forhold, borgere mv. i hjemmeplejegruppen og sammen med medarbejdere fra sygeplejen eller relevante specialister. Der er enkelte ledere, som vurderer, at dette fungerer fint og bidrager til mere effektive og strukturerede møder. Derfor ønsker de at videreføre skærmteknologi som erstatning for en del af de fysiske møder.

Flertallet af lederne og alle medarbejderne i undersøgelsen, som har erfaringer med brug af skærmteknologi, oplever til gengæld, at der er langt flere ulemper end fordele forbundet med at anvende skærmteknologi til fælles møder. For det første, fordi de teknologier, der anvendes (iPads, bærbare computere o.l.), ikke er egnede til opgaven og skaber problemer med ustabile forbindelser og deltagere, der ikke kan se og høre hinanden, som illustreret i nedenstående citat:

*Det, der er vundet i tid, er tabt i kvalitet. (Social- og sundhedsmedarbejder, udeområdet)*

For det andet er der en udbredt oplevelse af, at skærmteknologi til gruppemøder og triagemøder udfordrer relationsdannelse og den spontane sparring om konkrete borgere, som udgør et vigtigt element i et velfungerende tværfagligt samarbejde. Det personlige kendskab er blandt andet vigtig for overdragelse af sygeplejeopgaver fra sygeplejerskerne til social- og sundhedsmedarbejderne. Oplevelsen er, at relationerne mellem hjemmepleje og sygepleje svækkes, når gruppemøderne foregår over skærm. Medarbejderne fortæller, at der har været flere misforståelser og mundhuggerier på grund af brugen af skærmteknologi under covid-19. Oplevelsen er derfor, at skærm møder i relation til fælles dialog og drøftelser mellem flere medarbejdere udgør en nødløsning, interviewpersonerne vil væk fra, så snart det bliver muligt.

## 4.2 Skærmteknologi til at samordne indsatsen omkring komplekse borgere

Skærmteknologi til virtuelle møder mellem flere faggrupper omkring borgeren i borgerens hjem eller på plejecentret er anvendt, men i relativt begrænset omfang ifølge de interviewede ledere og medarbejdere. Til gengæld ser deltagerne et potentiale for fremadrettet at anvende skærmteknologi til denne typer møder.

De eksempler, der gives på møder med eller hos borgere, handler primært om tværfaglige borgerkonferencer omkring borgere med komplekse sociale og/eller sundhedsmæssige problemstillinger, hvor flere faggrupper ikke kan mødes i borgerens hjem på samme tid. I møderne deltager social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker, specialteam, visitation, mv. Denne praksis vurderes at kunne fungere fremadrettet, også fordi alternativet i de komplekse situationer ofte er at holde mødet uden deltagelse af fx praktiserende læge, pårørende eller andre relevante specialister.

Denne type af møder vurderes generelt som et nyttigt tiltag på udeområdet, hvor medarbejderne bruger det meste af arbejdsdagen ude på vejene og i borgernes hjem. Når møderne foregår virtuelt, sparer det transporttid, ligesom det typisk er lettere at planlægge, og derved muliggøres en bredere inddragelse af faggrupper. Både ledere og medarbejdere forventer derfor at fastholde brug af skærmteknologi til tværfaglige møder relateret til individuelle og komplekse borgerforløb.

Der ses samtidig et potentiale for at udbrede skærmteknologi til kommunikation mellem medarbejdere fra forskellige faggrupper og sektorer, fx til hurtig konsulentbistand fra specialsygeplejerske, når social- og sundhedsmedarbejderen er hos borgeren, til kommunikation mellem terapeuter og jobcentre, dialog med borgerens læge eller i forbindelse med udskrivelse fra sygehus.

Minlæge fremhæves i forlængelse heraf også som eksempel på en løsning, der har fået "et kæmpe skub". Det har ført til, at flere kommuner fremover vil afprøve telesundhedsplatformen LiveCare til virtuelle konsultationer fra borgeren hjem:

*Vi vil bruge LiveCare til at øge samarbejdet, fx hvis man står i borgers hjem, kan man ringe op og have videokonference. Det skal vi afprøve i samarbejde med tre [almen] praksis. Vi var ikke kommet herhen, hvis det ikke havde været for corona. Det kan noget, så nu har vi fået mod på at prøve ting af. Det kommer vores borgere og medarbejdere rigtig meget til gode. (Leder)*

Et andet eksempel på brugen af skærmteknologi er til kommunikation mellem plejecentre og sygehuslæger eller vagtlæger. Det er blandt andet brugt til at få prøvesvar og til 'tryghedsbesøg' for borgerne. Erfaringerne er til dels positive, men også her har teknologien nogle begrænsninger. Oplevelsen er, at skærmteknologi fungerer til enkle og faktuelle drøftelser, fx vurdering af et sår. Men til komplekse drøftelser fx om livsforlængende behandling er skærmteknologi ikke velegnet.

### 4.3 Skærmteknologi til kontakt mellem borgere og pårørende

På indeområdet er der i nogen grad anvendt løsninger som Skype/Teams, FaceTime og LiveCare til opkald mellem beboere og deres pårørende. Det er sket i større omfang end tidligere, og oplevelsen er, at medarbejderne er blevet bedre til at tage det i brug som supplement til fysiske møder. Anvendelsen og de fremadrettede perspektiver varierer dog mellem de enkelte kommuner og enheder.

Flere ledere end medarbejdere forventer og ønsker at fastholde brugen af skærmteknologi som en ny måde, pårørende kan besøge borgere, og hvorpå medarbejdere kan kontakte pårørende. Skærmteknologi forbindes i dette perspektiv med øget fleksibilitet i planlægning, frihed og selvstændighed for borgerne.

Det dominerende perspektiv er dog, at skærmteknologi kun er anvendt sporadisk til at understøtte kontakten mellem borger og pårørende og primært i de tilfælde, hvor de involverede i forvejen var klædt på til denne form for kontakt. Den generelle oplevelse er derfor, at der ikke har været stor efterspørgsel, selvom der har været mulighed. Dertil kommer, at tekniske udfordringer og manglende tryghed overfor at anvende skærme forsat står i vejen for de fleste borgere og mange pårørende:

*Det [skærmopkald] har været en hjælpende hånd, men også lidt svært for nogle af beboerne, for de er ikke vant til skærme. Men det er gået fint og har været en hjælp for størstedelen. Dem det ikke har været en hjælp for, har vi siddet rigtig meget hos. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

*Borgerne forstår det ikke. De demente, vi har, forstår ikke ret meget. De kan forholde sig til at se en gammel dansk film, og det er stort set det. Men at sidde og snakke med deres pårørende på en skærm ville der ikke komme noget godt ud af hverken for de pårørende eller de demente. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

Det er heller ikke alle medarbejdere, der er lige begejstrede for skærmteknologi. En social- og sundhedsmedarbejder fortæller, at de på hendes plejehjem har brugt FaceTime, og at både de selv og de pårørende har sendt billeder og videoer. Hendes oplevelse med dette er, at det har

været sjovt, men også at det var en "nødløsning", og dermed ikke noget, de ønsker at fortsætte med. Vurderingen blandt medarbejderne er, at skærmt teknologi ikke bør erstatte fysiske besøg, og deres ønske er, at anvendelsen ikke udbredes som følge af covid-19.

## 4.4 Skærmt teknologi til borgerbesøg

Skærmt teknologi er i begrænset omfang anvendt til borgerbesøg (som ydelse). Erfaringerne mellem udeområdet og træningsområdet varierer, og særligt på træningsområdet er der gode erfaringer med at erstatte fysisk træning med virtuel for de bedst fungerende borgergrupper – primært yngre og kognitivt friske borgere.

### 4.4.1 Skærmt teknologi på udeområdet

På udeområdet har interviewene afdækket sporadiske erfaringer med at anvende skærmt teknologi til tryghedsbesøg eller lignende. Fællesnævneren for de eksempler, vi har fået beskrevet, er, at skærmbesøg er tilbudt og har fungeret for de mest velfungerende borgere, som fx har skullet tage deres medicin, eller som skulle mindes om at drikke. Medarbejdernes oplevelse er, at det har fungeret for disse borgere og forventningen er, at brugen af skærmbesøg vil fortsætte fremadrettet. De vurderer, at det vil kunne udbredes til flere borgere, i takt med at disse bliver mere trygge ved at anvende skærmt teknologi.

Der er samtidig en opmærksomhed på, at skærmbesøg ikke må blive en glidebane i forhold til at inkludere mere komplekse borgere, fordi der er meget, man som medarbejder ikke kan fange via en skærm sammenlignet med et fysisk besøg. Det kan være, hvordan der ser ud i hjemmet, hvordan der lugter, hvordan borgeren bevæger sig mv. Generelt er forventningen derfor ikke, at skærmbesøg vil erstatte en større del af borgerkontakten i hjemmeplejen.

### 4.4.2 Skærmt teknologi på træningsområdet

Træningsområdet adskiller sig fra udeområdet ved, at størstedelen af terapeuternes træning (såvel vedligeholdende træning som genoptræning efter sundhedsloven) i perioder har været omlagt til virtuel eller telefonisk træning<sup>2</sup> som supplement til selvtræning. Det er kun de mest kritiske borgere, der har fået træning i hjemmene eller på sundhedscentrene som vanligt. Om en borger er kritisk, afhænger dels af sygdomstilstand og funktionsniveau og dels af de langsigtede konsekvenser ved ikke at få (genop)træning. Disse forhold har betydet, at terapeuterne skulle træffe nogle svære beslutninger om, hvilke borgere der havde mest brug for træning:

*Det er lidt et dilemma, vi står i. Det giver et stort ansvar for terapeuterne at have et individuelt fokus på, hvornår træningen er vigtigere end risikoen for smitte. (Leder)*

Prioriteringen mellem borgere har også betydet, at mange borgere får et funktionstab, som terapeuterne skal indhente, når der bliver lukket mere op igen. Som en leder beskriver det, medfører det "en pukkel, vi skubber foran os" af borgere med træningsbehov, der ikke er imødekømt.

---

<sup>2</sup> Digitalt understøttet træning betyder, at borgeren anvender teknologi ved træning, uanset om det er forebyggende træning, vedligeholdende træning eller genoptræning. Det kan fx være anvendelse af video, smartphone og sensorer, der registrerer de udførte øvelser. Den digitale understøttelse giver bl.a. mulighed for at erstatte træningsgange ved fysisk fremmøde med egen-træning med mulighed for større motivation og fleksibilitet i et træningsforløb. Samtidig medvirker den digitale understøttelse til bedre dokumentation for effekten af den gennemførte træningsindsats (KL Center for velfærdsteknologi 2017).

Der er dog også positive erfaringer med at lægge mere ansvar for træningen over på de borgere, som har ressourcerne til det. Det har givet en øget opmærksomhed på, at nogle borgere kan og gerne vil træne selv. Erfaringen er, at det har været muligt at øge borgerens selvansvar for træningen. Det betyder, at terapeuterne fremadrettet kan bruge flere ressourcer på de borgere, der har brug for tæt opfølgning, som illustreret her:

*Vi har fået øjnene op for, hvor meget ansvar, vi skulle lægge over til borgeren. Vi ved godt, det er det, vi skal. De borgere, der har ressourcer, skal bruge dem, og de borgere, der har få ressourcer, skal vi støtte på bedste vis og være der mere for. (Leder)*

Mange steder er træningen foregået via telefoniske opfølgninger og ikke skærmteknologi. Barriererne for brugen af skærmteknologi er grundlæggende. De handler om tekniske udfordringer hos borgerne og databeskyttelseshensyn i kommunernes løsninger, hvor borgerne skal tilgå mødeindkaldelserne via e-boks. De tekniske barrierer for at anvende skærmopkald vurderes derfor i udgangspunktet at være for store til, at man med de nuværende løsninger vil kunne anvende teknologien i større skala.

Det er særligt ældre og sårbare borgere, som ikke har de fornødne tekniske redskaber og færdigheder til at modtage virtuel træning. For mange i denne målgruppe har træning via skærmopkald ikke været relevant. Dels har borgerne ikke de tekniske løsninger, og dels har de ikke evnerne til det, som eksemplet her illustrerer:

*Et godt eksempel: Jeg havde videokonsultation med en borger den anden dag, og jeg havde sendt link, og han sad foran sin stationære computer uden videokamera og mikrofon, så han kunne høre og se mig. Men det gjorde ikke noget godt for kommunikationen. Mange har ikke nok wi-fi. Forbindelsen er for dårlig. Der er også en del, hvor det ikke fungerer. De kan ikke finde ud af det. (Terapeut)*

Der er også medarbejdere, som oplever, at midaldrende borgere – og ikke kun den ældre målgruppe – ikke har de nødvendige digitale kompetencer til virtuel træning. Erfaringen er derfor, at virtuelle løsninger først og fremmest fungerer godt for den helt unge målgruppe, som også ofte har en tendens til at udeblive fra træningen, hvilket ikke er sket, når terapeuterne ringer op.

Interviewpersonerne peger på muligheden for fremadrettet at kombinere fysiske fremmøder med virtuelle eller telefoniske opfølgninger til de borgere, der har de fornødne ressourcer. Skærmteknologi kan ikke stå alene, fordi den tætte kontakt, kendskabet til borgerne og vurderingen af deres funktionsniveau går tabt, som illustreret i følgende citater:

*Mange har været glade for telefonløsning. Det gør, at folk lytter. Der er ikke så meget andet, så folk bliver hørt. Udfordringen kan være, hvis folk bare siger 'det går fint'. Så har vi insisteret på at få dem ind, da vi begyndte at åbne op, og det går på ingen måde fint. Det har været svært at gennemskue, at folk ikke har lavet deres øvelser osv. (Terapeut)*

*Vi er også begyndt at køre startsamtaler virtuelt og telefonsamtaler. Det bliver lidt halvhjertet, for meget handler om at undersøge og være sammen med personen, finde ud af, hvem de er. (Terapeut)*

Deltagerne peger endvidere på, at der er borgergrupper (fx de yngre, teknologivante og erhvervsaktive), hvor kombinationen af virtuel træning og fysiske fremmøder kan være en fordel fremadrettet. I den forbindelse ses også et potentiale i at anvende apps udviklet til formålet, som casen herunder illustrerer.

#### **Et eksempel på en app, der er anvendt med gode resultater**

Appen Exorlive nævnes som eksempel på en løsning, der understøtter virtuel træning, og som under pandemien har "fået fuld fart". Via Exorlive sender terapeuterne digitale træningsprogrammer ud, som er nemme at ændre, hvis øvelserne ikke fungerer for den enkelte borger, og samtidig er enkel at anvende for borgerne, fordi de bare kræver, at de klikker på det link, terapeuten har sendt. Derved undgås nogle af de GDPR-problemer mv., der har været forbundet med mødeindkaldelser via e-boks. Løsninger som Exorlive vurderes af interviewpersonerne at være velegnede til at understøtte fleksible træningsforløb, der giver borgerne frihed til at træne, når og hvor det passer dem, kombineret med fysiske fremmøder på træningscenteret, fx en gang om ugen. Det fremgår videre, at både terapeuter og borgere har givet positiv respons på løsningen.

## 4.5 Skærmteknologi i ledelsen

Ligesom på mange andre arbejdspladser er skærmteknologi blevet anvendt som alternativ til fysiske møder på ledelsesniveau som følge af krav om hjemmearbejde, forsamlingsforbud og afstandskrav. Der er gennemgående meget læring om brugen af virtuelle møder og klare forventninger om, at disse er kommet for at blive.

### 4.5.1 Fordele: frigør ressourcer og øger fleksibilitet

Den største fordel ved virtuelle møder er, at de fjerner transporttid, hvormed de decentrale ledere under pandemien har fået mulighed for være mere fysisk nærværende ude i enhederne (se afsnit 2.5). Virtuelle møder kræver også mindre planlægning og understøtter dermed mere fleksibel deltagelse nedad i organisationen og på tværs af kommunens organisationer. Det har givet mere nærvær og fornemmelse for hinanden, som illustreret nedenfor:

*[Noget] Meget positivt jeg kan fremhæve under corona er adgangen til vores ledere. Det er blevet lettere at melde sig ind på et møde og komme ud med et budskab. Det har givet et nærvær, der ikke har været mulig før. [...] Det er lettere at drøfte en sag eller tage temperaturmåling. For eksempel da vi låste vores plejecentres yderdøre og skulle sikre, at alle, der kom ind, var instrueret i værnemidler, sprit, afstand – det kunne vi før godt bare have besluttet, men her kunne vi indkalde og få ledernes perspektiver. (Leder)*

Ifølge de interviewede ledere bidrager virtuelle møder også til hurtigere beslutninger og kortere beslutningsveje, ligesom de alt andet lige er kortere og mere effektive. Det frigiver tid til, at de decentrale ledere kan være mere til stede blandt medarbejderne (som også berøres i kapitel 2), som illustreret i følgende citat:

*De virtuelle mødeformer bidrager til at frigive tid til, at de decentrale ledere kan være mere til stede lokalt. (Leder)*



#### 4.5.2 Begrænsninger: Udviklingsarbejde, relationel fornemmelse og social distance

Covid-19-situationen har nu varet så længe, at virtuelle møder er en fast del af hverdagen for de interviewede ledere. Over tid har lederne også fået en nuanceret forståelse for de begrænsninger, der er forbundet med denne type møder. Disse knytter sig til, at det er vanskeligt at have strategiske drøftelser og udviklingsarbejde virtuelt, samt at man mister fornemmelsen for hinanden. Det giver en risiko for social distance og isolation.

Virtuelt udviklings- og strategisk arbejde udfordres særligt af antallet af deltagere og den form for kommunikation, teknologien fordrer. Lederne bemærker, at *"Jo flere der er på, jo mere envejskommunikation bliver det"*, og *"dem, der normalt ikke kommer så meget til orde, i endnu mindre grad kommer til orde på et Teams-møde"*. Oplevelsen er endvidere, at skærmteknologi udfordrer relationer og *"det koster på det relationelle plan"*, som en leder formulerer det. Det skyldes, at der ikke er mulighed for uformel snak og for at fornemme hinanden. Netop den manglende relationelle fornemmelse for hinanden på et virtuelt møde gør, at lederne er påpasselige med brugen af virtuelle møder fremadrettet:

*Man fanger ikke følelser på Teams – det er der, hvor nogen mister sammenhængen og forståelsen. Jeg har haft brug for igen at få nærvær med mine ledere og igen kunne se dem i øjnene – og være til stede i samtalen – dvæle ved lytningen – især de svære og langsigtede beslutninger, der har vi brug for at tænke os godt om. Og der har jeg været nødt til at bede om betænkningstid og vende tilbage senere. Det skal man passe på med på Teams – der er så effektivt til informative møder, og der hvor det skal gå hurtigt, men vi skal også passe på, at det ikke fører til forhastede beslutninger. (Leder)*

Oplevelsen er, at det er svært at have en relationel fornemmelse for hinanden igennem skærme, og det er nødvendigt med tillid og tryghed til at bedrive ledelse og strategisk arbejde.

#### 4.5.3 Fremadrettede forventninger

Grundet fordelene og ulemperne ved skærmteknologi er forventningen blandt de interviewede ledere gennemgående, at op mod halvdelen af møderne på ledelsesniveau fremadrettet vil foregå virtuelt. Fastholdelse af virtuelle møder på ledelsesniveau er også et ønske blandt medarbejderne, som oplever, at lederne *"mangler hele tiden"* og derfor har et gennemgående ønske om, at lederne er mere fysisk til stede og tilgængelige på det decentrale niveau.

### 4.6 Opsamling

Undersøgelsen viser, at der er stor forskel på anvendelsen og den oplevede anvendelighed af skærmteknologi alt efter konteksten. Skærmteknologi mellem medarbejdere i hjemmeplejen og på plejehjem synes anvendt i mindre grad. Der er enkelte eksempler på skærmteknologi mellem medarbejdere og borgeren i borgerens hjem og til tryghedsbesøg i hjemmeplejen. På indeområdet, hvor skærmteknologi primært har været anvendt til kontakt mellem borgere og pårørende, er erfaringerne også blandede. Til gengæld er skærmteknologi på træningsområdet anvendt i høj grad, og der er erfaringerne mere gennemgående. Anvendelsen af skærmteknologi afhænger af den enkelte borgers it-færdigheder og it-redskaber. Derfor er det kun de mest velfungerende og it-vante borgere, der kan anvende det.

Grundet flere gode erfaringer særligt på træningsområdet og på ledelsesniveau er forventningerne fremadrettet kombineret brug af skærmt teknologi, hvilket betyder, at skærmt teknologi anvendes som supplement til fysisk træning og fysiske møder.

På tværs af områder og eksempler er der flere fællestræk. Skærmt teknologi gør møder mere effektive og hurtige, samtidig med at det er fleksibelt at planlægge og inddrage aktører på tværs af organisatoriske grænser og faggrupper. Analysen peger på, at skærmt teknologi fungerer til korte udvekslinger af informationer og mindre godt til drøftelser og dialog blandt flere personer, udviklingsarbejde og læring. Det udfordrer relationsdannelse, hvilket har betydning for det øvrige samarbejde, og der eksisterer fortsat tekniske udfordringer i kommunerne.

## 5 Borgere og pårørende på indeområdet

Debatten om plejecentre har i løbet af 2020 været centreret om de negative konsekvenser af besøgsrestriktionerne for borgere og pårørende. Der har også været aktivitetsrestriktioner, idet opgaven har været at reducere antallet af andre udefrakommende på centrene. Kapitlet beskriver disse udfordringer, men også gode erfaringer på området, som blandt andet har medført mere ro og bedre trivsel blandt nogle borgere:

- Kommunikation og samarbejde med pårørende
- Struktur på pårørendebesøg
- Plejepersonale med tid til kerneopgaven.

### 5.1 Kommunikation og samarbejde med pårørende

Besøgsrestriktioner har skabt stor frustration blandt pårørende, borgere og medarbejdere på indeområdet særligt i forårets tidligere fase af pandemien. Omvendt har det også bidraget til mere og nye former for kommunikation med pårørende, særligt nyhedsbreve, som gennemgående ønskes fastholdt fremadrettet.

Borgere og pårørende har været udfordrede af ikke at kunne se hinanden, mens ledere og medarbejdere har haft en stor opgave med at formidle nye restriktioner til borgere og pårørende. Det har krævet meget dialog med de pårørende, som interviewpersonerne oplever i nogle tilfælde har bebrejdet medarbejderne, at de ikke må besøge borgerne. Efterhånden som covid-19 er blevet en del af hverdagen, er oplevelsen dog, at restriktionerne er normaliseret og forståelsen for retningslinjerne er blevet større.

Medarbejderne har været særligt udfordrede på at håndhæve retningslinjer om, at pårørende ikke må komme ind på centrene, at holde øje med, om pårørende færdes uden for borgernes stuer, og om de overholder hygiejneinstrukserne. Det har været ubehageligt for medarbejderne at agere "politibetjent", som nogle kalder det. Mange pårørende er en del af hverdagen på plejehjemmene og skal føle sig velkomne på trods af retningslinjerne. Og det udfordrer, fortæller denne social- og sundhedsmedarbejder:

*Når ens mor sidder i opholdsstuen, går man [som pårørende] normalt hen og henvender sig. Det er grænseoverskridende for os at sige, de [pårørende] skal gå ind på stuen. Hvordan formulerer vi det, så de ikke føler sig stødt og uvelkomne. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

For at medarbejderne har kunnet opretholde gode relationer og samarbejde med de pårørende, har lederne i høj grad været ansvarlige for kommunikationen med de pårørende. Det fremgår, at kommunikationen mellem plejecentre og pårørende har været hyppigere og dialogen tættere under pandemien, samt at de pårørende generelt set er positive over for de nye måder at kommunikere på.

Til interviewene er følgende konkrete nye tiltag beskrevet, som interviewpersonerne forventer vil fortsætte fremadrettet:

- Et plejecenter har etableret en ordning med én kontaktpårørende per familie, som er ansvarlig for at sende information videre til resten af familien. Det har lettet centerets opgave

- med at udsende information betragteligt, samtidig med at risikoen for, at plejecenteret overser kontaktpersoner eller sender information til forkerte mails etc. er mindsket.
- Et andet plejecenter har indført faste telefonaftaler, hvor de pårørende kan tale med borgernes kontaktperson hver anden uge. Det giver en planlagt og struktureret dialog, samtidig med at der er færre forstyrrelser af medarbejderne i det daglige arbejde.
  - Der er sket en kraftig stigning i andelen af pårørende, der har adgang til kommunernes omsorgssystem, hvor de kan orientere sig i plejelogner og notater om borgerne. I de kommuner, hvor det er anvendt, er oplevelsen positiv, fordi det understøtter dialogen med de pårørende. Via lognerne har pårørende mulighed for at få et bedre indblik i plejen og de aftaler, der er lavet omkring borgerne.
  - Plejecentrene har gennemgående opprioriteret udsendelsen af nyhedsbreve til de pårørende. Nyhedsbrevene handler dels om nye vejledninger og retningslinjer fra myndighederne og om nye udbrud af covid-19, men også om borgernes trivsel generelt og aktiviteter på centrene. Forventningen er, at nyhedsbrevene fremadrettet skal bruges til at kommunikere om ændringer, aktiviteter og generelt om, hvad der sker på plejecentrene.

## 5.2 Struktur på pårørendebesøg

Ud over bedre kommunikation med pårørende har besøgsrestriktionerne på indeområdet skabt nye og mere strukturerede rammer for de pårørendes besøg. Det drejer sig om, at de pårørende på forhånd aftaler, hvornår de kommer, eller at der er indført faste besøgstider. Medarbejderes og lederes oplevelse af disse tiltag er generelt positive, fordi det giver mere ro omkring medarbejdernes arbejde, ligesom nogle borgere – og særligt borgere med demens – profiterer af, at omgivelserne er blevet mere rolige. Omvendt er der også mange borgere, der oplever den manglende kontakt med pårørende som et stort afsavn. Både ledere og medarbejdere giver en del eksempler på, at trivslen blandt borgere med demens er forbedret i perioden med coronarestriktioner, som illustreret nedenfor:

*På den ene side er der ikke nogen tvivl om, at det er svært for nogle af borgerne, men vi oplever også på vores demensafsnit, at der er meget mere ro. Plejehjems-læger oplever, at nogle af borgerne kunne de tage medicin fra for at genindføre det, da der begyndte at være besøg igen. Det giver nogle overvejelser om pårørende. (Leder)*

Derfor har flere af de interviewede overvejelser om, hvorvidt – og hvordan – det er muligt at videreføre en mere struktureret tilgang til de pårørendes besøg fremadrettet for at tage mere hensyn til de sårbare borgere. I disse overvejelser indgår også et ønske om, at pårørende – fx når det er hele familier, der kommer på besøg – i højere grad opholder sig i den enkelte borgers hjem i stedet for fællesarealerne.

Interviewdeltagerne lægger samtidig vægt på, at det er vigtigt ikke at skære alle pårørende over én kam. Det gælder også borgere med demens, fordi der skal tages hensyn til, hvor påvirkede de er af deres demenssygdom, som illustreret i nedenstående citater:

*Demente beboere har vi på mange centre oplevet, at de profiterer af nedlukning. Men det er ikke alle. I en normal drift bliver de overstimuleret. Dem, der ikke tåler forskellige stimuli, har profiteret. Det har skabt en ro, de bedre kan være i. Og de andre har været ved at kede sig ihjel. (Leder)*

*De [der ikke er svært] demente kan godt huske, at de får besøg af pårørende. De forstår ikke, hvorfor familierne ikke kommer, og tror de har svigtet dem. Andre borgere er ikke påvirket af det på den måde. Det kommer an på, hvor de er henne i deres demens. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

Som eksemplerne viser, påvirker roen borgere med demens forskelligt. På den baggrund er der et gennemgående ønske blandt interviewpersonerne om at fastholde en form for struktur på pårørendebesøg, der tager hensyn til de forskellige typer af borgere.

Medarbejderne skelner på lignende vis mellem de pårørende; dem der kommer dagligt i relation til fx en ægtefælle, og dem der kommer sjældnere. De "daglige" pårørende kommer typisk alene og indgår som en fast – og ofte meget værdsat – del af dagligdagen på det enkelte plejecenter. Blandt andet ved at gå til hånd og støtte op om den sociale interaktion mellem beboerne generelt set, ligesom de er inde i de daglige rutiner. Heroverfor er de pårørende, der kommer en gang imellem, som i højere grad kan virke forstyrrende, hvis de kommer i grupper og ikke er så integrerede i de daglige rutiner. Igen indgår det i overvejelserne, hvorvidt der fremadrettet kan skabes mere struktur omkring de pårørendes besøg, uden at det påvirker borgere og pårørende negativt.

### 5.3 Plejepersonale med tid til kerneopgaven

En anden erfaring på indeområdet er, at besøgs- og aktivitetsrestriktioner i et vist omfang har ændret medarbejdernes kontakt med borgerne i retning af, at der er mere nærvær og en-til-en-kontakt. Erfaringen knytter sig til flere forhold: Færre forstyrrelser og ansættelse af ekstra personale (andre faggrupper, rengørings- og køkkenpersonale, mv.) og derved bedre tid til kerneopgaverne.

Erfaringen hænger til dels også sammen med de restriktioner, der har været på de tværgående aktiviteter på plejecentrene, hvor fælles aktiviteter i noget omfang er konverteret til individuelle aktiviteter. Aktivitetsmedarbejdere, som før iværksatte aktiviteter for grupper af borgere på tværs af centre, har under pandemien været tilknyttet enkelte centre, hvor de i stedet har lavet aktiviteter for individuelle borgere. Oplevelsen er, at mere koncentreret nærvær med medarbejderne gavner særligt de mere sårbare borgere, fx udadreagerende borgere og borgere med demens:

*Vores aktivitetspersonale har mere 1:1 aktivitet med beboerne i stedet for fællesaktiviteter. Så igen et eksempel på, at ressourcerne er omfordelt – og det er der faktisk mange beboere, der nyder godt af. De mere skrøbelige og dem, der ikke kan overskue så meget – demens, apopleksi eller depression. De har værdsat kontinuitet og 1:1 kontakt. (Sygeplejerske, indeområdet)*

Et plejecenter har på det daglige planlægningsskema tilføjet en kolonne med en-til-en-kontakt til de borgere, der har særligt behov for det. Andre plejecentre har som følge af covid-19 ansat andre faggrupper fx socialpædagoger og ufaglærte for at frigive tid til social- og sundhedsmedarbejdernes pleje- og sygeplejeopgaver i borgerkontakten. For eksempel har et plejecenter ansat to unge ufaglærte, som arbejder fra kl. 15-19 hver dag, så de dækker både dag- og aftenvagter. De hjælper med praktiske opgaver, som plejepersonalet har svært ved at nå, og som derfor kan stresser dem. Det frigiver ifølge lederen tid til personalets kerneopgaver, og det vil centerlederen fastholde fremadrettet.

Der er i interviewene en generel oplevelse af, at plejepersonalet under covid-19 i højere grad har fået deres faglighed i spil i den borgernære pleje, som illustreret nedenfor:

*Mine sosu-personaler har i store træk oplevet, at de havde bedre tid til kerneopgaven, og det de er uddannet til: pleje og omsorg. Det har de været rigtig glade for. Så glade, at vi nu snakker om at få andre faggrupper ind på centrene for at lave nogle af de ting, plejepersonalet også skal lave. Det har givet et wake-upcall, at sosu-personalet synes, at de i mange måneder gjorde det, som de er bedst til og med deres faglighed. (Leder)*

Erfaringerne fra håndteringen af covid-19 har for enkelte interviewpersoner medført overvejelser om at ansætte andre faggrupper for at frigive tid, til at social- og sundhedsmedarbejdere i højere grad kan fokusere på deres kernefaglighed. Som eksempler nævnes: Farmakonomer, som kan stå for medicinadministration- og dispensering, pædagogiske assistenter til aktiviteter og sociale aktiviteter og medarbejdere til rengøring.

## 5.4 Opsamling

Medarbejdere, borgere og pårørende har været udfordrede af besøgs- og aktivitetsrestriktioner på indeområdet (plejecentre og midlertidige pladser). Men interviewene peger også på nye tiltag og gode erfaringer, som kan og ønskes fastholdt fremover. Det gælder øget og nye former for kommunikation til de pårørende særligt via nyhedsbreve. Og struktur på og planlægning af pårørendebesøg samt aktivitetsrestriktioner, som har medført ro på centrene. Denne ro har for nogle borgeres vedkommende – særligt borgere med demens – betydet bedre trivsel. Det indgår i overvejelserne om de fremadrettede perspektiver, at en tilgang med mere struktur på besøg skal tage hensyn til forskellige typer pårørende og forskellige typer borgere. Endelig har plejepersonalet fået frigivet tid til kerneopgaven og øget en-til-en-kontakt med sårbare borgere, hvilket for nogle af de interviewedes vedkommende har medført overvejelser om ansættelse af andre faggrupper.

## 6 Samarbejde om træning og rehabilitering

Fysio- og ergoterapeuter er flere steder blev udlånt og oplært til at udføre praktisk hjælp og grundlæggende pleje i den første fase af pandemien for at imødekomme mangel på hænder. Det fremgår af interview, at dette for nogle terapeuter ikke var frivilligt, men at der var en del positive forventninger til, at det ville bidrage til et forbedret samarbejde om træning og rehabilitering på et mere generelt plan. Med det afsæt har undersøgelsen haft fokus på at indsamle de involverede ledere og medarbejderes erfaringer og refleksioner på aktuelle og potentielle gevinster.<sup>3</sup>

Der er afdækket flere positive forhold, som peger i retning af et bedre samarbejde om træning og rehabilitering, og som det er muligt at arbejde videre med fremadrettet. De tre følgende afsnit belyser disse erfaringer:

- Forståelse for arbejdsbetingelserne i plejen
- Relationsdannelse mellem terapeuter og plejepersonale
- Gentænkning af terapeuternes tilstedeværelse.

### 6.1 Forståelse for arbejdsbetingelserne i plejen

Ledere og medarbejdere oplever til dels, at de udlånte terapeuter har fået en større forståelse for plejens arbejdsbetingelser, som på individniveau bidrager til bedre samarbejde. Terapeuterne har fået mere indblik i og respekt for plejens vilkår, opgaver og dokumentationspraksis. Snitfladerne mellem faggrupperne er også blevet tydeligere i forhold til, hvornår terapeuterne står for træningen, og hvornår social- og sundhedsmedarbejderne er tilstrækkeligt klædt på til at varetage det med afsæt i servicelovens § 86 og § 83 a om henholdsvis vedligeholdende træning og hverdagsrehabilitering.

Terapeuter er vant til en friere arbejdstilrettelæggelse, og derfor har det at komme tæt på plejens arbejdsbetingelser og prøve det på eget krop bidraget med større viden og respekt for plejens vilkår. Det viser denne dialog mellem tre terapeuter:

*1: Jeg har i hvert fald fået klart, at de har travlt derude. Og hvis de skal tænke rehabiliterende – det kræver tid – man kan ikke bare flyve igennem 40 beboere. Der er slet ikke tid til det. Det kræver også et godt kendskab til den enkelte beboer, hvis man skal kunne det. (Terapeut)*

*2: Tidligere har jeg nok tænkt, at hvis nu de lige kan lave lidt trappetræning. Men det har givet mig forståelse for, hvorfor de ikke lige kan gøre det. [...] (Terapeut)*

*3: Men det handler også om, at når man ikke har tiden, så bliver man mere service-minded og gør flere ting for borgeren, selvom de godt selv kan, fordi det går hurtigere, og så ender det hurtigt med at være en dårlig vane. Selvom de måske har tankegangen om rehabilitering, er den ikke let at fastholde i den hverdag, de har. [...] Jeg havde det da også sådan, at det fyldte meget at kunne nå skemaet. For det tager længere tid, når borgerne skal gøre det selv! (Terapeut)*

<sup>3</sup> Undersøgelsen har tilsvarende haft fokus på at undersøge ændringer i samarbejde og arbejdsdeling mellem pleje og sygepleje, men det er der gennemgående ikke nogle erfaringer med blandt de interviewede.

De interviewede terapeuter har generelt set fået indblik i barriererne for at arbejde med aktive-rende pleje og understøtte borgernes funktionsniveau. Disse handler dels om tidspres og dels om viden om de mange små muligheder, der er for at gøre plejen aktiverende frem for kompenserende. Det kan de fremadrettet bruge til at være mere fleksible, fx i forhold til at mødes ude i borgerens hjem, og at deres dokumentationspraksis i højere grad understøtter koordineringen mellem træning og pleje. Det gælder hjælpen til de borgere, der har modtaget genoptræning efter sundhedsloven og de borgere, der er bevilget hjælp efter servicelovens § 86 og § 83 a.

Endvidere har terapeuterne erfaret, at meget plejepersonale er opmærksomme på at arbejde rehabiliterende, og at terapeuterne har fået en bedre forståelse for, hvordan de kan tilrettelægge træning efter serviceloven, så det er mere realistisk for plejepersonalet at gennemføre det i praksis, med de betingelser, de arbejder under. For eksempel siger denne leder:

*Hellere sætte barren en anelse lavere, og der så bliver trænet, end at der ikke er tid til øvelserne, eller medarbejderne ikke ved, hvordan man gør. (Leder)*

Terapeuterne har også erfaret et uudnyttet potentiale for at arbejde mere rehabiliterende, og at travlheden medfører uhensigtsmæssige beslutninger, hvor plejepersonalet bliver mere kompenserende end rehabiliterende, hvilket hverken er hensigtsmæssigt for medarbejdernes fysiske arbejdsmiljø eller for borgerens ressourcer. Det illustrerer citatet her:

*Det var meget lidt rehabiliterende tilgang og meget pleje/omsorg. Og en misforstået pleje/omsorg. Jeg så borgere, der blev hjulpet ind til deres stol ude i køkkenet, så blev de sat med deres morgenmad foran dem, som blev forberedt for dem og placeret lige foran dem med et glas mælk og et glas vand og avisen. Så man havde alt, man skulle bruge indtil næste besøg til frokost. (Terapeut)*

Nogle terapeuter ser således et potentiale for kompetenceudvikling i rehabilitering af medarbejderne i plejen med fokus på, at det både bidrager til borgernes livskvalitet og til medarbejdernes arbejdsmiljø.

En anden indsigt blandt terapeuterne er, at rammerne på indeområdet i højere grad muliggør hverdagsrehabilitering end på udeområdet. Oplevelsen er, at plejepersonalet på plejecentre har bedre tid og føling med borgernes dag. Også medarbejderne på indeområdet håber, at erfaringerne fra covid-19 kan bidrage til bedre forståelse for plejens arbejdsbetingelser, fx for tilrettelæggelsen af arbejdet med borgere med demens:

*Jeg håber, at det på den lange bane kan give noget. For det er nemt at sidde oppe i byen som fysioterapeut og komme med retningslinjer for, hvordan vi skal arbejde, men hvordan er det så at arbejde med en meget dement, der ikke selv kan sætte sig på toilettet, fordi de har glemt, hvad et toilet er. Så har de fået en større forståelse for det, er det jo bare fantastisk. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

På tværs af terapeuter og plejen er der et ønske om, at terapeuterne fortsat får bedre kendskab til og forståelse for arbejdsbetingelserne i plejen for at forbedre samarbejdet om træning og rehabilitering, så det stemmer overens med såvel borgeren som hverdagen i plejen.



## 6.2 Relationsdannelse mellem terapeuter og plejepersonale

Ledere og medarbejdere på tværs af faggrupper oplever, at der er dannet bedre relationer mellem de terapeuter og plejepersonale, der i forvejen har fælles borgere på plejecentre eller i relation til træning under serviceloven. For de direkte berørte har det et stykke hen ad vejen bidraget til bedre samarbejde. Det fremgår nemlig, at disse relationer ikke fastholdes af sig selv, og at nye relationer ikke opstår uden en indsats herfor. Samtidig udtrykker både terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere i undersøgelsen ønske om at få bedre relationer på tværs af faggrupperne.

Enkelte terapeuter oplever, at udlåningen har bidraget til bedre relationer og dermed tættere samarbejde og sparring med plejen, som illustreret nedenfor:

*Jeg har fået lavet rigtig gode forbindelser og samarbejde med plejecentre. Det har givet mig rigtig meget på det tværfaglige perspektiv. Når man er ude i plejen, har man også tæt samarbejde med lederne og kommer tæt ind om dørene med dem. På plejehjemmene kommer man ud til den enkelte borger, og der var meget lidt sparring med plejen – nu ved jeg, hvem jeg skal få fat i og involvere mig med og få kontaktpersoner med ind over i hverdagen. (Terapeut)*

Oplevelsen på tværs af terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere er også, at det er nyttigt at kunne kontakte hinanden mere uformelt og sparre om, hvordan den rehabiliterende indsats kan tilrettelægges for fælles borgere, som illustreret i nedenstående case:

En terapeut fortæller om et genoptræningsforløb, der illustrerer betydningen af et godt samarbejde mellem terapeuter og plejepersonale:

*Jeg havde en borger som udekørende, hvor jeg skulle starte et genoptræningsforløb. Hun er en stor dame på 140 kg, som i december brækker sin ankel og bliver sengeliggende. Hun har hverdagsrehabilitering (§ 83 a) på med god succes. Hun kommer op at sidde i stol, trisser lidt og går med rollator ud på toilet og ind i stuen. Så bliver hun afsluttet i forbindelse med corona, og så følger plejen op med 'digi rehab' (vedligeholdende træning), som er generiske øvelser, som hun laver konsekvent.*

*Da hun bliver sendt til genoptræningsforløb (sundhedsloven), slutter plejen det. Men det er den eneste borger, jeg har mødt, der har lavet det, og det var hun glad for. Der var ikke progression i det, men det holdt hende i gang. Der fik jeg kontakt til plejen om, hvordan de kan understøtte den genoptræning, jeg laver. Og plejen var supergode til at motivere. For hun var en borger, der sagde 'jeg sidder i min stol, og der bliver jeg siddende'. Indtil jeg spurgte, om hun havde tænkt sig at gøre det resten af sit liv, og det ville hun så ikke. Hun var ret ængstelig og havde ikke så meget self-efficacy – tro på egne evner. Så hun skulle understøttes meget i 'ej hvor er det godt, og du er så sej'. Plejen og jeg fik en god snak om, at vi fra begge sider understøttede hende, og hun var topmotiveret. Vi fik hende til selv at komme ind og ud af bil. Inden da havde hun ikke været ude i over 1 år. Det var virkelig en succes, hvor vi netop samarbejdede om det samme mål. Det var virkelig fedt. (Terapeut)*

Casen beskriver, hvordan fælles mål og sparring skabte et godt samarbejde mellem terapeuter og plejepersonale, hvilket bidrog til en forbedring i borgerens funktionsniveau.

Ligeledes vurderer lederne, at det tværfaglige samarbejde er styrket under covid-19, og at det har en afsmittende virkning på arbejdet med rehabilitering. Oplevelsen er, at faggrupperne bruger hinanden mere i det daglige. Eksempelvis har terapeuterne brugt plejepersonalet til at holde øje med funktionsniveauet for borgere, der modtager træning efter serviceloven, når de ikke har haft mulighed for selv at se dem til træning. Lederne ønsker derfor, at de nye og bedre relationer fastholdes og videreudvikles fremadrettet.

Omvendt er erfaringen på tværs er terapeuter og plejen også, at der ikke har været tid til og fokus på, hvordan medarbejderne kunne samarbejde, efter terapeuterne ikke skulle hjælpe til i plejen. Oplevelsen er, at formålet ikke var bedre samarbejde på lang sigt, men at aflaste plejen på kort sigt. Potentialet for bedre samarbejde forblev således i nogen grad uforløst, idet relationsdannelsen ikke rækker ud over de enkelte involverede medarbejdere. Det illustrerer denne dialog mellem tre udlånte terapeuter:

*1: Der var måske en kort overgang, hvor jeg lige havde fået sat ansigt på nogen, og det i tiden efter var lidt lettere at snakke med dem. Men det er ikke noget, der har smittet af på længere og generelt sigt. [...] (Terapeut)*

*2: Enig – hvis man ville have haft noget ud af det, skulle man nok have rykket på det med det samme. Nu er det ligesom blevet hverdag igen, og man ville skulle starte forfra. Så det kom ikke ud over det individuelle. (Terapeut)*

*3: Igen, det var jo af nød, vi kom ud – og det var fint – men ikke det samme som, at det automatisk giver bedre samarbejde på generelt niveau. Der var ingen ramme for, hvordan det skulle ske. Det bliver sådan lidt søgt. (Terapeut)*

Terapeuternes oplevelse er, at de individuelle relationer i en kort periode efter udlåningen var blevet stærkere. Men der blev samtidig ikke gjort nogen indsats for at udbrede eller fastholde kendskabet efterfølgende, hvilket de oplever som nødvendigt. Det er også social- og sundhedsmedarbejdernes oplevelse. De påpeger, at man på ledelsesniveau er nødt til at prioritere det tværgående samarbejde, fx ved at give tid, til at terapeuter og plejepersonale mødes ude hos borgerne og bruger længere tid, end der er på en køreliste. Oplevelsen her er også, at relationer er "overladt til tilfældighederne", og at de kun var forbedret i en kort overgang efter udlåningen. For eksempel stak terapeuter hovedet ind til en kop kaffe eller ringede for at drøfte konkrete borgere. Efterfølgende har der imidlertid ikke været nogle indsatser for at vedligeholde relationerne. Et konkret forslag fra flere medarbejdere er, at kommunerne investerer flere ressourcer i systematisk relationsdannelse på tværs af faggrupper og sektorer (fx også til jobcentre), fx som del af et introprogram og ved deltagelse på møder med andre faggrupper:

*Som udgangspunkt burde man lægge mere energi i at skabe en god relation til plejen. Jeg tænker ikke, man skal prøve en plejedag af, men være med på teammøder og se, hvordan de arbejder. Det kunne være en fin del af oplæringen. Og få en god relation til dem, der så kan løfte opgaven. (Terapeut)*

Overordnet set er der ønske om og muligheder for bedre samarbejde om træning og rehabilitering af de plejkrævende borgere, der bevilges træning efter sundheds- og serviceloven. Der er dog samtidig en erkendelse af, at varige forandringer i en større skala kræver et langt mere systematisk og vedvarende fokus end de sporadiske og individuelle erfaringer og relationer, der er skabt under pandemien.

### 6.3 Terapeuternes tilstedeværelse i plejen

Erfaringerne med bedre tværfagligt samarbejde blandt terapeuter og plejepersonale har skabt overvejelser blandt deltagerne om at gentænke terapeuternes tilstedeværelse på plejecentrene, som illustreret her:

*De plejede at komme til én bestemt opgave i huset, men nu var de her i huset, og vi kunne lære dem lidt, men de kunne se, hvordan beboeren har det om morgenen, om formiddagen og ikke kun lige når de kommer, men se beboerne hele vejen. Det var vildt godt. Det tror jeg faktisk også, de synes. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

Erfaringerne om bedre forståelse for plejens arbejdsbetingelser medfører, at interviewpersonerne på tværs af faggrupper ser muligheder i at ændre på terapeuternes tilstedeværelse, så de har faste, hele dage på plejecentrene. Ligesom social- og sundhedsmedarbejderen ovenfor, giver både ledere og terapeuter udtryk for, at terapeuternes tilstedeværelse i hverdagen har stor betydning for samarbejdet og for borgerforløbene. Det påpeger denne leder og terapeut:

*Terapeuter i træningsafsnittet kommer i få timer, men kan de komme en dag i et hus og være der. Når de ikke bare er en gæst, der kommer 1-2 timer, får de en anden relation til personalet og gensidig forståelse for hinandens arbejdsform, og det har helt sikkert givet noget. Det skal vi kigge nærmere på, hvordan vi ressourcemæssigt kan planlægge det. Det gør borgerforløbene bedre. (Leder)*

*Vi kommer også lidt som gæster. Det med, at vi ikke er der i hverdagen – vi ser ikke morgensituationen og spisningen – altså hele dagligdagen. [...] Det kræver tid, forståelse, og at man er i stand til at se og tænke i hverdagen som helhed, hvis man skal arbejde rehabiliterende. (Terapeut)*

Vurderingen er således, at en mere fast tilstedeværelse af terapeuter på plejecentrene rummer et potentiale for tættere relationer på tværs af faggrupper og gensidig forståelse for hinandens arbejdsopgaver og arbejdsform. Det fremgår endvidere, at det for medarbejderne på plejecentrene kan være svært at planlægge med terapeuternes besøg, fordi de ikke kan planlægge med borgerens dag. Det viser eksemplet herunder:

*Jeg havde en terapeut ude i sidste uge, fordi vi har en borger, hvor der er problemer med forflytning. Vi havde booket en tid, men lige den dag, synes herren ikke, han skulle sove længe, så der havde vi faktisk hjulpet ham op. Så der havde det givet god mening, hvis de kom fra morgenen og var der hele dagen og kunne se, hvad der sker i løbet af dagen. Vi kan ikke sige, han skal op kl. 9, fordi der kommer de [terapeuterne]. Det kunne være godt at have [terapeuterne] en hel dag ude på centrene. Det vil være rigtig positivt. (Social- og sundhedsmedarbejder, indeområdet)*

På udeområdet er der kun fundet et enkelt eksempel på, at erfaringerne med udlånte terapeuter har medført overvejelser om en ændret organisering. Det drejer sig om en leder, der oplever, at samarbejdet om genoptræning og hverdagsrehabilitering er forbedret under pandemien; medarbejderne har arbejdet bedre sammen og om et fælles mål, som skaber ensartethed i indsatsen. Derfor overvejer hun, om terapeuterne skal knyttes fast til hverdagsrehabiliteringsteamet.

## 6.4 Opsamling

Udlånte terapeuter i plejen (både på ude- og indeområdet) har for de direkte involverede medført, at terapeuterne har fået en større forståelse for arbejdsbetingelserne i plejen. Det handler blandt andet om indblik i barrierer for at arbejde rehabiliterende i plejen, som ofte er under tidspress. Det betyder, at plejepersonalet kan have svært ved at fastholde en rehabiliterende tilgang til borgerne i hverdagen. Terapeuterne vurderer, at de fremadrettet kan tilrettelægge borgernes træning (i regi af serviceloven), så det er mere realistisk for plejepersonalet at gennemføre og i højere grad matcher rammerne for arbejdet i plejen. Endvidere er oplevelsen, at bedre kendskab har bidraget til relationsdannelse mellem de involverede terapeuter og plejepersonale. På det individuelle plan har det medført mere uformel og direkte kontakt samt sparring om borgerne.

Omvendt har der ikke været en egentlig indsats for at fastholde og udbrede relationsdannelse på længere sigt. De opnåede forbedringer fremstår derfor som individuelle, delvist tilfældige og godt på vej til at gå i glemmebogen. Dette ærgrer en del af interviewpersonerne, der har et ønske om bedre kendskab til hinanden og til faggruppernes hverdag samt at udvikle og styrke terapeuternes synlighed og bidrag til plejen. Med det afsæt er der også ledere og medarbejdere på tværs af faggrupper, der overvejer muligheden for at gentænke terapeuternes tilstedeværelse på plejecentrene, så de er der på faste, hele dage, frem for ved enkelstående besøg. Argumentet er, at en mere kontinuerlig tilstedeværelse vil give en bedre helhedsforståelse af borgerne og mulighed for løbende sparring herom.

## 7 Konklusion og pejlemærker

Dette kapitel samler først op på rapportens overordnede og tværgående konklusioner. Herefter følger en række afsnit, der uddyber og diskuterer konklusionerne for hver af de fem tematiske analyser samt opstiller pejlemærker for, hvordan kommunerne kan anvende disse fremadrettet:

- Ledelse og beslutningsprocesser, hvor skærmt teknologi, nye relationer og nye beslutningsgange kan anvendes som løftestang for mere nærværende ledelse og kortere beslutningsveje.
- Hygiejneområdet, hvor der er ønsker og muligheder for at fastholde opnåede forbedringer.
- Skærmt teknologi (i det faglige arbejde og i borgerkontakten), hvor erfaringerne er mere sporadiske, men rummer nye erkendelser om tekniske og faglige begrænsninger.
- Borgere og pårørende på indeområdet, der viser gode muligheder for at styrke samarbejdet med pårørende, samt øge trivslen blandt de mest sårbare borgere.
- Samarbejde om træning og rehabilitering, hvor relationsdannelse mellem terapeuter og plejepersonale under pandemien kan fungere som afsæt for bedre samarbejde.

### 7.1 Overordnede konklusioner og pejlemærker

Undersøgelsen viser, at håndteringen af covid-19 på det kommunale sundheds- og ældreområde har givet anledning til massiv læring, og at der er en række tiltag, kommunerne kan fastholde og videreudvikle de kommende år.

Overordnet står det klart, at anvendelsen af skærmt teknologi og hygiejneområdet er løftet markant. Mange ændringer på disse områder fremstår som så grundlæggende og integrerede dele af hverdagen, at de kan videreføres og fastholdes i tiden efter covid-19. En tværgående pointe er, at erfaringerne omkring relationsdannelse og skærmt teknologi varierer på tværs af faggrupper, funktioner og kontekst. Analysen peger på, at virtuel relationsdannelse i højere grad er muligt på ledelsesniveau, og at brugen af skærmt teknologi er lettere, når der i forvejen er gode relationer. Heroverfor indikerer analysen, at skærmt teknologi i højere grad udfordrer relationsdannelse på medarbejderniveauet, hvor fysiske møder mellem medarbejdere såvel som med borgerne foretrækkes.

Interviewene har også undersøgt samarbejdet mellem hjemmeplejen og sygeplejen. Det går imidlertid igen på tværs af interview, at håndteringen af covid-19 kun i meget begrænset omfang – og i disse tilfælde kun midlertidigt – har medført ændringer i den daglige opgavetilrettelse og arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsmedarbejdere. Fysisk isolation og brug af skærmt teknologi har snarere cementeret og forøget afstanden mellem social- og sundhedsmedarbejdere og sygeplejersker på udeområdet. Der ses således behov for og ønske om at vende tilbage til en hverdag med tværfaglige fora og daglig sparring.

Håndteringen af covid-19 har også sat gang i en række overvejelser omkring ledelse og beslutningsprocesser, borger-/pårørendekontakt og samarbejdet mellem terapeuter og plejepersonale. Fællesnævneren for disse temaer er, at erfaringerne er mere fragmenterede og bærer præg af fortsat at være i proces, samt at de i højere grad er afdækket på individuelt niveau frem for organisationsniveau. Læringen på disse områder fremstår derfor som eksempler, der kan tjene som inspiration til erfaringsopsamling og mulige pejlemærker i andre kommuner.

På den baggrund anbefaler VIVE overordnet, at de enkelte kommuner arbejder systematisk for at identificere og fastholde deres erfaringer med håndteringen af covid-19 og de potentielle gevinster, pandemien har givet anledning til, fremadrettet. Det følgende afsnit uddyber VIVEs resultater og pejlemærker for dette arbejde, som kommunerne kan lade sig inspirere af.

## 7.2 Ledelse og beslutningsprocesser

Ledernes brug af virtuelle møder har taget et kvantespring under pandemien. Erfaringerne er generelt set meget positive og forventningen er, at op imod halvdelen af de møder, der tidligere var med fysisk fremmøde, fremadrettet vil være virtuelle. Fordelene knytter sig til reduceret transporttid, hurtige og effektive beslutningsprocesser, samt at det i mange sammenhænge er hurtigere og lettere at samles på tværs af travle kalendere.

Over tid er der opnået en forståelse for begrænsningerne ved virtuelle møder; de fungerer bedst, når deltagerne kender hinanden godt og fortsat har mulighed for at vedligeholde relationerne via fysiske møder. Strategiske drøftelser, udviklingsarbejde og følsomme emner fremstår som typer af møder, hvor fysisk fremmøde er at foretrække.

Især undersøgelsens ledere (men også en del medarbejdere) har en positiv oplevelse af, at kommunerne er lykkedes med at drive kortere og mere effektive beslutningsprocesser under pandemien. De betragter beslutningerne under pandemien som mere fleksible og med bredere inddragelse. Det gælder både i de enkelte ledelseslag og i relationerne mellem disse. Særligt positivt fremstår det, at kommunernes topledelse i højere grad end normalt har arbejdet for at understøtte og inddrage driften i beslutningsprocesserne. Disse former for inddragelse og korte, tværgående samarbejdsprocesser forbindes med beslutninger, der er nemmere at implementere, og som i højere grad er tilpasset medarbejdernes og borgernes hverdag.

Medarbejderne har fået mere anerkendelse, særligt i den første fase af pandemien, hvilket har haft positiv betydning for trivsel, arbejdsglæde og motivation – og derved i sidste ende organisationernes evne til at komme helskindet igennem pandemien. Der har dog også været en tendens til, at covid-19-situationen er blevet hverdag, og at det initiale fokus på anerkendelse er delvist forsvundet. Det til trods for, at hverdagen fortsat er svær, og at mange medarbejdere og ledere udviser tegn på "coronatræthed".

Der er også en læring i, at alle opgaver har handlet om covid-19, hvormed andre udviklingsopgaver mv. har været sat på standby. For medarbejderne har det frigivet tid til kerneopgaven hos borgerne, og for mange ledere har det frigivet tid til nærvær og understøttelse af kerneopgaven. I den forbindelse er det vigtigt at være bevidst om, at beslutningskraft og opbakning er en anden i en krisesituation, hvor der er et fælles og meningsfuldt mål om at forhindre smitte, og hvor de normale økonomiske spilleregler er sat ud af kraft. Den fremadrettede læring handler derfor ikke om at kopiere måden at drive beslutninger på under covid-19, men om at finde inspiration til fremadrettet at skabe bedre processer og forudsætninger for implementering, til trods for at en mere kompleks hverdag presser sig på igen.

Samlet set peger analysen af erfaringerne med ledelse og beslutningsprocesser på følgende pejlemærker:

- Brug af skærmt teknologi til korte og informationsudvekslende formål som supplement til fysiske møder for at understøtte effektive og inddragende beslutningsprocesser.

- Den øverste ledelse (gerne i samspil med den politiske ledelse) inviterer de decentrale niveauer til at kvalificere beslutninger, så de i højere grad er tilpasset medarbejdernes og borgernes hverdag.
- Antallet af udviklingsprocesser, projekter mv. reduceres til fordel for færre, men mere fokuserede initiativer. Det kan understøtte øget fokus på kerneopgaven og nærværende ledelse, og så at forandringer i højere grad følges til dørs.
- Fokus på at skabe rammerne for de decentrale leders tilstedeværelse og tilgængelighed over for medarbejderne og derigennem styrke nærværende ledelse, bl.a. ved brug af skærmt teknologi.
- Den øverste ledelse anerkender medarbejders og decentrale leders indsats under pandemien såvel som generelt for at bidrage til motivation og arbejdsglæde.

### 7.3 Hygiejneområdet

Covid-19 har i alle sammenhænge givet et betydeligt løft af hygiejneområdet og forventningen er, at dette (mundbind og afstand undtaget) er kommet for at blive. Det begrundes for det første med, at pandemien nu har været så længe, at de skærpede hygiejnetiltag er så indlejrede i hverdagen, at det ikke længere er noget, man tænker over. For det andet har ledere og medarbejdere fået syn for sagen, idet oplevelsen er, at de højere hygiejnestandarder har mindsket sygdom blandt medarbejderne såvel som antallet af infektioner hos borgerne – og derved også bidraget til at forebygge funktionsevnetab.

Analysen viser dog også, at der er behov for at fastholde den gode praksis fremadrettet. Vurderingen er, at det aktuelle fokus og begejstring vil blive udfordret, når det igen bliver hverdag. Derfor er mange interviewdeltagere optaget af, hvordan den gode praksis kan fastholdes fremadrettet. De tiltag, der arbejdes med, og som vil kunne fungere som pejlemærker generelt set, handler om:

- Etablering, fastholdelse og videreudvikling af den kommunale hygiejneorganisation, herunder understøttelse af, at medarbejdere med særlige hygiejnekompetencer har en synlig og tværgående funktion, der dækker kommunen som helhed og ikke kun ældreområdet.
- Løbende undervisning, vejledning og opdatering af skriftligt materiale, og eventuelt moduler til e-learning, som er målrettet forskellige områder (fx ældreområdet, daginstitutioner mv.) i kommunen.
- Den decentrale og den centrale ledelse fastholder fokus på betydningen af god hygiejne i hverdagen og støtter aktivt op om tiltag som kompetenceudvikling, hygiejneuger o.l.
- Opkvalificering af hygiejneressourcepersoner i de decentrale enheder med ansvar for, at værnemidler (sprit, klude etc.) er til stede og er lettilgængelige, og at vejlede kolleger i at vurdere hygiejnesituationen i komplekse borgers hjem samt vejlede borgere og pårørende om hygiejne.

## 7.4 Skærmt teknologi i det faglige arbejde og i borgerkontakten

### **Skærmt teknologi blandt medarbejderne**

Analysen af brugen af skærmt teknologi på udeområdet viser, at skærmt teknologi har fyldt mindre på medarbejderniveau end blandt lederne i undersøgelsen, og erfaringerne er også mindre positive. De konkrete erfaringer omhandler primært triagemøder, personalemøder og forskellige former for online-information/-undervisning. Skærmmøder fremstår som et brugbart supplement, når der er tale om møder med få deltagere, eller når det primære formål er envejsinformation.

Ved møder mellem medarbejdere er den generelle oplevelse, at ulemperne, (tekniske barrierer, udfordret relationsdannelse og spontan sparring) klart overstiger eventuelle gevinster i form af mindsket transporttid og mere effektive møder. Derfor ser medarbejderne – i modsætning til nogle af lederne – ikke perspektiver i at fastholde brugen af skærmt teknologi til fællesmøder fremadrettet.

Skærmt teknologi til virtuelle møder mellem flere faggrupper omkring komplekse borgere er anvendt i begrænset omfang. Eksemplerne er primært tværfaglige borgerkonferencer omkring komplekse borgere, hvor flere faggrupper ikke kan mødes i borgerens hjem på samme tid. Til det formål vurderer ledere og medarbejdere, at skærmt teknologi kan fungere fremadrettet – i særdeleshed til at inddrage specialistkompetencer, fordi alternativet i de komplekse hjem ofte er at holde mødet uden deltagelse af fx praktiserende læge eller andre relevante specialister. Apps som Minlæge og LiveCare fremhæves specifikt som gode løsninger til virtuelle konsultationer fra borgerens hjem og til korte konsultationer mellem plejecentre og læger.

### **Skærmt teknologi i medarbejdernes direkte borgerkontakt**

Skærmt teknologi til kontakten med borgere og pårørende på indeområdet er anvendt i større omfang end tidligere. Skærmt teknologi forbindes i dette perspektiv med øget fleksibilitet i planlægning, frihed og selvstændighed for borgerne. Flere ledere forventer at fastholde brugen af skærmt teknologi som en ny måde, pårørende kan besøge borgere på, og hvorpå medarbejdere kan kontakte pårørende. Der er dog ikke ønske blandt medarbejderne om at anvende det fremadrettet hverken som supplement til eller som erstatning for fysiske pårørendebesøg.

På udeområdet er der sporadiske erfaringer med at anvende skærmt teknologi i borgerkontakten til tryghedsbesøg og lignende. Disse erfaringer peger på, at skærmbesøg kan fungere for de mest velfungerende borgere, som fx skal tage deres medicin eller mindes om at drikke. For disse borgere kan skærmt teknologi udbredes i takt med, at borgerne bliver mere trygge ved at anvende denne type teknologi.

På træningsområdet, hvor terapeuternes arbejde i høj grad har været omlagt til virtuel eller telefonisk træning som supplement til selvtræning, er der flere gode erfaringer. Oplevelsen er, at det er muligt at lægge mere ansvar for træningen over på borgere, som har ressourcerne til det, og anvende flere ressourcer på mere sårbare borgere. Oplevelsen er til gengæld også, at virtuel træning ikke bør stå alene, og at der fortsat eksisterer en række barrierer for at udbrede anvendelsen af skærmt teknologi både hos borgerne og kommunerne. Særligt ældre og sårbare borgere har ikke de fornødne tekniske redskaber og færdigheder til at modtage virtuel træning og supervision. De nuværende afprøvede og til dels implementerede løsninger i kommunerne er besværlige at tilgå og er svære for borgerne at benytte, særligt på grund af databeskyttelseshensyn i kommunerne. Det betyder, at de nuværende løsninger ikke vurderes at kunne udbredes.

Erfaringerne viser samlet set, at der fortsat er en række tekniske og faglige barrierer for at udbrede anvendelsen af skærmt teknologi i det faglige og borgerrettede arbejde, men at der er



mulighed for at arbejde videre med de specifikke sammenhænge, hvor skærmt teknologi fungerer som godt supplement til fysiske møder og ydelser. På den baggrund er der følgende pejlemærker for kommunernes brug af skærmt teknologi i det faglige arbejde og i borgerkontakten:

- Brug af skærmt teknologi til tværfaglige møder omkring komplekse borgerforløb for i højere grad at kunne inddrage specialister, pårørende, praktiserende læger mv.
- Arbejde med løsninger som MinLæge og LiveCare og de tekniske barrierer omkring kommunernes eksisterende løsninger.
- Kombination af fysiske fremmøder og virtuelle ydelser og opfølgninger for de borgermålgrupper, der formår at anvende teknologien til bl.a. træning, tryghedsbesøg og kontakt med pårørende.

## 7.5 Borgere og pårørende på indeområdet

Besøgsrestriktioner og nedlukninger på indeområdet har været udfordrende for pårørende, borgere såvel som medarbejdere og ledere, men har også betydet, at kommunikationen mellem plejecentre og pårørende har været hyppigere og tættere. Analysen identificerer en række nye tiltag, der forventes fastholdt fremadrettet: etablering af ordning med én kontaktpårørende per familie, faste telefonaftaler mellem pårørende og borgernes kontaktperson, pårørende med adgang til borgernes journaler samt opprioritering af udsendelse af nyhedsbreve til pårørende.

Der er også skabt nye og mere strukturerede rammer for pårørendebesøg igennem faste besøgstider og aftaler om besøg. Disse tiltag forbindes med mere ro omkring medarbejdernes arbejde, ligesom nogle borgere profiterer af, at omgivelserne er mere rolige. Den gennemgående vurdering er, at perioder med besøgs- og aktivitetsrestriktioner har haft positiv betydning for trivsel blandt nogle borgere med demens. Omvendt er der også borgere, som oplever den manglende kontakt med pårørende som et stort afsavn. Erfaringerne har medført overvejelser om, hvorvidt der fremadrettet kan skabes en struktur omkring de pårørendes besøg, der tager hensyn til de forskellige typer af borgere og pårørende, uden at det påvirker borgere og pårørende, der er vant til at have tæt kontakt.

Der ses også en læring i, at besøgs- og aktivitetsrestriktioner og omlægning af tværgående aktiviteter i et vist omfang har ændret medarbejdernes kontakt med borgerne blandt andet som følge af, at der er færre forstyrrelser og derved bedre tid til kerneopgaverne. Vurderingen er, at der er mere nærvær og en-til-en-kontakt mellem medarbejderne og borgerne. Mere koncentreret nærvær med medarbejderne gavner særligt de mere sårbare borgere, fx udadreagerende borgere og borgere med demens. Nogle plejecentre fået tilført yderligere ressourcer fra andre faggrupper, fx socialpædagoger og ufaglærte, hvilket har betydet, at social- og sundhedsmedarbejderne i højere grad har fået deres faglighed i spil i den borgernære pleje. I disse tilfælde har det medført overvejelser om at ansætte andre faggrupper.

Undersøgelsens pejlemærker for kommunernes videre arbejde med relationen til borgere og pårørende er:

- Understøttelse af samarbejdet ved at finde en fremadrettet struktur for den skriftlige og mundtlige kommunikation med pårørende; hvor ofte skal nyhedsbreve udsendes, og hvordan kan den daglige kontakt tilrettelægges effektivt for medarbejdere og ledere, samtidig med at tilgængeligheden for pårørende bevares.

- Mere strukturerede rammer for pårørendebesøg af hensyn til nogle borgeres trivsel og øget en-til-en-kontakt, som samtidig tager hensyn til forskellige typer af borgere såvel som de pårørendes rolle på centrene.
- Ændring af rammerne for social- og sundhedsmedarbejdere, så de i højere grad kan få deres kernefaglighed i spil i borgerkontakten, fx via organiseringen af de enkelte medarbejderes daglige arbejde eller via justeringer i arbejdsdeling mellem faggrupper.

## 7.6 Samarbejde om træning og rehabilitering

I den første fase af pandemien blev fysio- og ergoterapeuter en del steder udlånt og oplært i plejen. Det fremgår af interview, at der har været en del positive forventninger til, at dette kan bidrage til et forbedret samarbejde mellem terapeuter og plejepersonale på et mere generelt plan.

Analysen viser, at de udlånte terapeuter har fået en større forståelse for arbejdsbetingelserne i plejen og respekt for plejens vilkår. Det handler i særdeleshed om tidspres og travlhed, som udfordrer en aktiverende tilgang til borgernes pleje, som i stedet bliver kompenserende. Forventningen er, at terapeuterne kan anvende disse erfaringer til at tilrettelægge borgernes træning (under serviceloven), så den er mere realistisk for plejepersonalet at gennemføre i praksis, samt at terapeuterne generelt har mere realistiske forventninger til plejepersonalets bidrag til borgernes træning og rehabilitering.

Der er også til en vis grad dannet bedre relationer mellem terapeuter og plejepersonale, hvilket ligeledes har bidraget til bedre samarbejde for en stund, blandt andet igennem mere uformel kontakt og sparring. Analysen viser dog også, at den individuelle og mere eller mindre tilfældige relationsdannelse mellem de involverede medarbejdere ikke er vedligeholdt eller udbredt. Samtidig udtrykker både terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere i undersøgelsen ærgrelse omkring dette samt ønske om at bedre kendskab på tværs af faggrupperne. Analysen peger på, at der er behov for en systematisk indsats for relationsdannelse og en ledelsesmæssig prioritering af det tværgående samarbejde.

Erfaringen med udlånte terapeuter har også medført overvejelser om at gentænke terapeuternes tilstedeværelse på plejecentrene, så de er der på faste, hele dage, frem for ved enkeltstående besøg. Det skyldes en forventning om, at en mere kontinuerlig tilstedeværelse vil give terapeuterne en bedre helhedsforståelse og mulighed for løbende sparring om borgerne og samarbejdet generelt.

Analysen af erfaringerne med samarbejde om træning og rehabilitering illustrerer et potentiale for at styrke samarbejdet mellem terapeuter og plejepersonale med afsæt i de første skridt, der er taget i forbindelse med covid-19, med at terapeuterne har været udlånt til plejen. Det fremgår til gengæld også, at der er lang vej til ændrede samarbejdsformer på et mere generelt og langtidssikret plan. I det omfang kommuner ønsker at arbejde videre i dette spor, har VIVE følgende pejlemærker:

- Ledelsesmæssigt fokus på og prioritering af at udvikle relationer og arbejdsgange, der på et mere generelt plan kan skabe bedre tværgående samarbejde, fx igennem tværfaglige møder i borgernes hjem, besøg og møder som del af introprogram mv.
- Overvejelse af mulighederne og gentænkning af terapeuternes tilstedeværelse i plejen, så de i højere grad er en del af hverdagen med henblik på at øge kvaliteten af og samarbejdet omkring træning og rehabilitering.

# Litteratur

- Hansen, M.B., Bertelsen, T.M., Lindholst, C., Bliksvær, T., Lunde, B.V., Solli, R. & Wolmesjö, M. 2020, *Minimering af COVID-19 smitte i nordisk ældrepleje. Udfordringer og løsninger*, Aalborg Universitet, Aalborg.
- Hjelmar, U., Pedersen, R.T. & Cramer Jensen, D. 2021, *Kommunale nyskabelser under covid-19-krisen. En kortlægning af lovende erfaringer omkring nye måder at levere serviceydelser på til borgere i udsatte positioner*, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Holm-Petersen, C. & Rieper, O. 2013, *Når ledelsesspændet vokser. Lederes erfaringer fra social- og ældreområdet samt kommunal forvaltning*, KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- KL 2020a, *KommuneDanmark under forårets coronakrise. Erfaringsopsamling*, KL, København.
- KL 2020b, *Velfærdsteknologi i kommunerne. Status på anvendelsen af velfærdsteknologier på socialområdet og sundheds- & ældreområdet*, KL, Center for Velfærdsteknologi, København.
- KL 2017, *Statusrapport for 2017 med fokus på digitalt understøttet træning og skærmbesøg. Det fælleskommunale program for velfærdsteknologi*, KL, Center for Velfærdsteknologi, København.
- Københavns Kommune 2020, *Evaluering af SUFs COVID-19 beredskab*, Københavns Kommune. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Afdeling for Evaluering, København.
- Nabe-Nielsen, K., Nilsson, C.J., Juul-Madsen, M., Bredal, C., Preisler Hansen, L.O. & Hansen, ÅM. 2020, "COVID-19 risk management at the workplace, fear of infection and fear of transmission of infection among frontline employees", *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 78, no. 4, pp. 248-254.
- OUH 2020, *Evaluering af COVID-indsatsen på OUH*, Region Syddanmark & Odense Universitetshospital, Klinisk Udvikling, [U.st.].
- Pedersen, K.M. 2021, *Hvad har vi lært af corona? Og hvordan omsætter vi det til praksis? Debat d. 26. 1. 2021*, Altinget Sundhed, <https://www.altinget.dk/embedsvaerk/debat/artikel/kjeld-moeller-pedersen-hvad-har-vi-laert-af-corona-og-hvordan-omsaetter-vi-det-til-praksis>.
- Wentzer, H. 2020, *Videokonsultationer: Genistreg eller åbning af Pandoras æske? Debat d. 2. 4. 2020*, Dagens Medicin, <https://dagensmedicin.dk/videokonsultationer-med-laegen-under-coronakrisen-genistreg-eller-aabning-af-pandoras-aeske/>.

# Bilag 1 Metode og datagrundlag

Dette afsnit præsenterer undersøgelsens metode og datagrundlag. Undersøgelsen er gennemført i to faser: Først en bred afdækning af ændringerne med deltagelse af ledere og chefer i 10 kommuner og dernæst en undersøgelse af praksisnære erfaringer med medarbejdere og førstelinjeledere i fem kommuner. Konteksten for undersøgelsen er udeområdet (hjemmeplejen og træningsområdet) og indeområdet (plejecentre og midlertidige pladser). Alle deltagere i undersøgelsen er anonyme.

## Fase 1: Afdækning i 10 kommuner

Undersøgelsens første fase bestod af en bred afdækning på chef- og ledelsesniveau med fokus på kommunernes erfaringer med håndteringen af covid-19 samt overvejelser om at fastholde eventuel læring fremadrettet. De deltagende kommuner er valgt med henblik på at sikre variation på befolkningstal og geografisk spredning. Således deltager kommuner fra alle fem regioner samt kommuner med forskellig geografi og befolkningsgrundlag.

Interviewene i første fase blev gennemført oktober-november 2020. Interviewdeltagerne blev udvalgt i samarbejde med den enkelte kommune. Indgangen var øverste leder på sundheds- og ældreområdet, som pegede på andre relevante deltagere (sneboldsmetode). Lederne er udvalgt, så forskellige niveauer (direktører, chefer, ledere og teamledere) og både inde- og udeområdet er repræsenteret. Der er foretaget 2-4 individuelle interview i hver kommune. I et enkelt interview deltog to ledere sammen. Der er således foretaget i alt 26 interview med 27 ledere (se Bilagstabel 1.3). Interviewene tog afsæt i en semistruktureret interviewguide, som først spørger åbent om de vigtigste ændringer i den daglige organisering og arbejde, der fulgte med håndteringen af covid-19 og dernæst specifikt til temaerne i Bilagstabel 1.1.

**Bilagstabel 1.1** Interviewguide i fase 1

Tema	Spørgsmål
Ledelse og beslutningsprocesser	Er beslutningsprocesserne blevet hurtigere, er der større risikovillighed og løbende opfølgning, læring og justering? Har ledelse og det politiske niveau i højere grad haft fokus på, hvordan de kan støtte driften? Har ledere og medarbejdere udvist større ansvarlighed og omstillingsparathed ift. at effektuere de beslutninger der tages?
Nye former for organisering i forhold til kerneopgaven	Ser I nye eller mere effektive arbejdsgange og samarbejdsformer? Oplever I nogle ændringer i det tværfaglige samarbejde? Er der færre medarbejdere omkring borgeren? Er kontinuiteten øget?
Medarbejdertrivsel	Hvilke positive elementer oplever I, ændringerne har betydet for medarbejderne? Fx øget arbejdsglæde, højere motivation, mindre sygefravær Hvilke negative elementer oplever I, ændringerne har medført for medarbejderne? Fx stort pres, uvante rammer.

Interviewguidens temaer er udviklet med afsæt i eksisterende erfaringsopsamlinger, VIVEs samtaler med kommunale ledere i foråret og med input fra FOA og KL.

Interviewene blev afholdt virtuelt eller telefonisk og varede ca. 30 minutter. De er optaget elektronisk, og efterfølgende er der taget udførlige referater. De sidste interview afdækkede ikke nye problemstillinger, og der var generelt stor konsistens i de afdækkede perspektiver på tværs af kommunestørrelser og geografi, hvilket indikerer datamæthed.

Referaterne er tematiseret ud fra interviewguidens tre temaer samt nye temaer, der dukkede op i interviewene og den efterfølgende analyse af disse. Efter tematiseringen er interviewdataene analyseret for at afdække centrale og gennemgående temaer. I denne analyse er temaer og undertemaer kondenseret i nye og tværgående temaer, som dannede afsæt for undersøgelsens anden fase:

- Ledelse – nærmeste ledelse og topledelsen
- Samarbejde mellem faggrupper (terapeuter og plejepersonale)
- Brug af skærmt teknologi
- Hygiejneområdet
- Trivsel blandt plejehjemsbeboere
- Forholdet mellem "udvikling" og kerneopgaven.

## Fase 2: Praksisnære erfaringer fra 5 kommuner

Formålet med undersøgelsens anden fase er at få praksisnære og konkrete erfaringer fra håndteringen af covid-19. Anden fase er en dybdegående undersøgelse af medarbejderne og førstelinjelederes perspektiver på ændringer og muligheder for fastholdelse af læring. Denne fase er gennemført januar-april 2021.

På baggrund af indsigterne fra undersøgelsens fase 1 udvalgte VIVE i samarbejde med FOA og KL 5 kommuner til fase 2 ud fra en vurdering af, hvordan de ovenstående temaer samlet set bedst kunne blive belyst.

Deltagerne i anden interviewrunde er udpeget af de lokale ledelser i dialog med VIVE ud fra ønsker om at deltagerne repræsenterer både inde- og udeområdet og forskellige faggrupper, herunder social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, fysio- og ergoterapeuter og sygeplejersker. Der er afholdt både individuelle- og gruppeinterview af 30-90 minutters varighed alt efter den enkelte organisations mulighed og antallet af deltagere. I alt er der i fase 2 gennemført interview med 33 deltagere (se Bilagstabel 1.3).

Interviewene tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, som først spørger åbent om de vigtigste ændringer i hverdagen, og det arbejde, der fulgte med håndteringen af covid-19. Dernæst er der spurgt til de temaer, som er resultatet af kondensering af interviewdata fra fase 1. Temaerne fra interviewguiden blev målrettet fra interview til interview alt efter deltagernes faggruppe/funktion og område (hjemmepleje, træning, plejecentre eller midlertidige pladser).

Bilagstabel 1.2 indeholder en overordnet interviewguide for fase 2.

**Bilagstabel 1.2** Interviewguide i fase 2

Tema	Spørgsmål
Ledelse	Har covid påvirket din kontakt til eller dit forhold til din nærmeste leder? Hvad er dine oplevelser af ledelsen højere oppe under covid? Hvad synes du, I kan lære i forhold til ledelsen under covid? Helt konkret – hvis du var leder, hvad ville du så gøre for at fastholde den læring?
Samarbejde mellem faggrupper	Har covid påvirket samarbejdet med terapeuter/plejepersonale på plejehjem eller i hjemmeplejen/sygeplejersker? Har I haft terapeuter udlånt til plejen? Har I under covid fået bedre relationer på tværs af faggrupper? Fx mere kendskab og forståelse for hinandens hverdag og arbejde Har I lært noget af den her periode, som er værd at tage med videre? Fx til samarbejdet i rehabiliteringsforløb Helt konkret, hvordan kan I fastholde den læring fremadrettet? Er der noget, I selv kan gøre, eller som jeres ledere kan gøre?
Brug af skærmteknologi	Har I under covid brugt skærmopkald mere, end I plejer? Til hvad? Fx tryghedsbesøg eller træning, pårørende, fælles møder såsom triagemøder, møder med hospitaler eller praktiserende læger. Hvis ja: Hvad er din oplevelse med at bruge skærmopkald frem for fysiske møder? Hvad synes du, I kan lære eller har lært af at bruge skærme noget mere? Hvad er de tre vigtigste ting, du tror, man kan gøre for at fastholde den læring?
Hygiejne	Hvordan har covid påvirket hygiejneområdet, synet på hygiejne og praksis på området set med dine øjne? Hvordan har det ændret hverdagen i din kommune/din og dine kollegers hverdag? Er der skabt nogle nye løsninger ift. at sikre bedre hygiejne og forhindre smitte på din arbejdsplads? Oplever du nogle gevinster eller udfordringer med de løsninger? Hvad kunne du godt tænke dig, man tog med videre ift. hygiejne? Hvad tror du er de vigtigste ting at gøre for at fastholde det, I har lært om god hygiejne fremover?
Trivsel blandt plejehjemsbeboere	Hvordan oplever du, at beboerne (på dit center) har haft det under coronakrisen og de forskellige nedlukninger? Har covid påvirket den tid, du har hos beboerne? Er der blevet mere eller mindre tid ude hos beboerne? Tid til hvad? Er der under covid ansat ekstra personale eller andre faggrupper hos jer? Hvad synes du, at I kan lære i forhold til håndteringen af de borgere med demens af det der er sket under covid i 2020? Har du nogle konkrete bud på, hvordan man (generelt eller på jeres plejecenter) kan fastholde den læring?
Udvikling vs. kerneopgaven	Hvordan har covid påvirket kompetenceudvikling, projekter, og andre tiltag der ikke har været covid-relateret? Hvis det har været sat på standby, hvad har det så betydet for din og dine kollegers hverdag? Under covid er der sket utrolig meget forandring og udvikling i kommunerne på kort tid – hvad skyldes, at I er lykkedes med det? Hvad synes du, I kan lære af det? Har du nogle bud på, hvordan I kan tage den læring med videre?

Interviewene blev afholdt virtuelt eller telefonisk. Alle interview er optaget elektronisk, og efterfølgende er der taget udførlige referater. Referaterne er tematiseret med afsæt i temaerne fra interviewguiden og anvendt som afsæt for citat og analyse sammen med resultaterne af første interviewrunde.

Denne tematisering har været styrende for rapportens fem analytiske kapitler, som baserer sig på den samlede viden fra begge faser og på tværs af ledere og medarbejdere. Resultaterne af undersøgelsens anden fase udbyggede, nuancerede og validerede indsigterne fra første interviewrunde. Rapporten anvender citater og korte case-eksempler til at illustrere analytiske pointer. Citaterne er i enkelte tilfælde redigeret med henblik på læsbarhed.

Bilagstabel 1.3 opsummerer antallet af deltagerne i undersøgelsens to faser fordelt på faggrupper. Af hensyn til deltagernes anonymitet skelner rapporten ikke mellem typerne af medarbejdere, men anvender i stedet samlebetegnelserne: leder, terapeut, social- og sundhedsmedarbejder og (hygiejne)sygeplejerske.

**Bilagstabel 1.3** Antal deltagere fordelt på faggrupper og faser

Fase	Deltagere
Fase 1	27 ledere, chefer og direktører
Fase 2	5 sygeplejersker 8 terapeuter 15 social- og sundhedsmedarbejdere 5 førstelinjeledere
I alt	<b>60</b>

**VIDEN**  
**VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD