

Tværprofessionelt samarbejde mellem socialsektoren og sundhedssektoren



Antal tegn; 185999

Stine Als Brix & Marianne Bjørk.

Indhold

| | |
|--|----|
| 1, Resume | 4 |
| 2. Indledning..... | 6 |
| 2.2..... | 6 |
| 2.3 Tidligere forskning om socialt udsatte børn med kroniske sygdomme | 7 |
| 2.3.1 Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom | 7 |
| 2.3.2 Socialt udsatte børn med kroniske sygdomme | 8 |
| 2.4 Samarbejde mellem organisationer. | 11 |
| 2.4.1 Omsorg for den gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. | 14 |
| 2.5 Opsamling..... | 16 |
| 2.6 Problemformulering | 19 |
| 3. Begreber | 20 |
| 4. Videnskabsteori | 22 |
| 5. Kvalitativ metode..... | 24 |
| 5.1 Deltagende observation | 24 |
| 5.2 Det etnografiske interview | 27 |
| 5.3 Udvælgelse af informanter | 29 |
| 5.4 Fordele og ulemper | 29 |
| 5.5 Fejlkilder | 30 |
| 5.6 Opsamling..... | 31 |
| 6. Meningskondensering | 32 |
| 6.1 Etablering af samarbejde..... | 32 |
| 6.2 Samarbejdet. | 34 |
| 6.3 Kommunikation. | 39 |
| 7. Teori..... | 41 |
| 7.1 Lauvås og Lauvås | 41 |
| 7.2 Pierre Bourdieu..... | 44 |
| 7.3 Erwin Goffman..... | 46 |
| 7.4 Opsamling..... | 48 |
| 8. Analyse..... | 50 |
| 8.1 Etablering af kontakt | 50 |

| | |
|---------------------------|----|
| 8.2 Samarbejdet | 58 |
| 8.3 Kommunikation | 72 |
| 9. Konklusion | 76 |
| 10. Litteraturliste | 78 |

1, Resume

Interdisciplinarity between social and health care sectors

The purpose of this thesis is to examine how social and health care sectors handles inter-professional collaboration in relation to chronically ill children, which are also socially vulnerable. The thesis will be based on a qualitative approach in the form of observation and interviews to gather empirical data. To support this, we have chosen to use Per Lauvås and Kirsti Lauvås theory concerning interdisciplinary cooperation between organizations. This is chosen to investigate how an organization works, compared to interdisciplinary collaboration, as well as to get a more structural look at the empirical data.

The thesis empirical data collected through the observation of an interprofessional meeting between a doctor, nurse, social worker from the social sector, social worker from the health sector, a youth education counselor and the parents of the child. Subsequently, the background knowledge obtained during the surveillance used to prepare the thesis interview guide, which provided the setting for the performed interviews. The interviewed was the participants of the interprofessional meeting, except the parents of the child. After the interviews were three themes all informants reported on, which therefore became them the thesis analysis and problem formulation is built around. The three themes are establishing contact, cooperation and communication. Subsequently, it decided to use Pierre Bourdies concept field, to examine how the individual in an organization is affected by the organization's standards and values, and to see how individuals behave in this. Furthermore, it decided to apply Erwin Goffman's theory about interaction rituals, based on the concept of role, front stage, backstage and dramatization. This is chosen to examine how individuals act in an inter-professional team.

It concluded that not all professions and sectors that take the initiative to establish contacts in the inter-professional collaboration and that no publisher a fixed procedures for setting, which makes the establishment of the contact situation determined. At the same time it can be concluded's that cooperation between health and social care can be difficult to handle, is started too late and is resource-intensive, which can lead to conflicts. At the same time the professional expression of that cooperation is positive, stimulating and contributing to a holistic approach. Furthermore, it can be concluded that communication is handled better when they are physically together, via

communication creates the professional common goals and gain insight into each other's disciplines.

2. Indledning

Afsnittet omhandler vores indledende undersøgelse for problemformuleringen. I første afsnit for hvorfor specialegruppen finder tværprofessionelt samarbejde i forhold til kronisk syge børn som er socialt udsatte interessant. I andet afsnit vil der være en beskrivelse af tidligere forskning som viser tidligere undersøgelser, blandt andet med udgangspunkt i kronisk syge børn og deres familier i sammenhæng med at være socialt udsat. Tredje afsnit vil indeholde forskning omkring samarbejdet i mellem organisationer. Fjerde afsnit vil være en opsamling af ovenstående, samt en diskussion af hvorfor dette er relevant for vores speciale. Femte afsnit vil indeholde problemformuleringen, samt en argumentation for denne.

2.2

I dette afsnit vil der være en beskrivelse af vores interesse for tværprofessionelt samarbejde, i forhold til børn der er kronisk syge, samt socialt udsatte.

Interessen for børn med en kronisk sygdom, som samtidig er socialt udsatte, er opstået på baggrund af et tidligere projekt, som omhandlede unge med den kroniske sygdom diabetes type I, som samtidig var socialt udsatte i form af misbrug af euforiserende stoffer, vold og manglende beskæftigelse. Projektet omhandlede de unges relation til de socialfaglige medarbejdere med henblik på, hvilke muligheder relationen gav dem i hverdagen og livet. I processen udsprang der en nysgerrighed og en undren over, hvordan organisationerne, i dette tilfælde sundhedssektoren og socialektoren, samarbejdede. Det blev klart for os gennem observationer og interview, at unge som var socialt udsatte, ikke kunne pleje deres diabetes tilfredsstillende, i forhold til sundhedssektorens forventninger. Informanterne forklarede, at det krævede en stabil hverdag og faste rammer for, at de havde overskud til at pleje deres kroniske sygdom. Ydermere blev de unge oftere indlagt, var mere udsatte for senkomplikationer og var i større risiko for tidlig død, på baggrund af, at de ikke plejede deres sygdom og kunne leve op til sundhedssektorens forventninger, samt krav. De unge berettede, at samarbejdet mellem pædagogerne, socialrådgiverne, lægerne, samt sygeplejerskerne omkring dem, havde en betydningsfuld indvirkning. Dette var på baggrund af at de unge oplevede, at de professionelle havde en helhedsorienteret forståelse for deres problematikker, i forhold til deres kroniske sygdom og det at de var socialt udsatte. Et eksempel på dette gives af en ung, som forklarer at hendes pædagog

kunne formidle til lægen, at den unge gik igennem en svær periode og denne periode havde en negativ indvirkning på den unges håndtering af sin kroniske sygdom. Ifølge den unge fik lægen en større forståelse for hendes situation, dette gav mulighed for, at de sammen kunne sætte realistiske mål for den unge, som kunne efterleves. De unge informanter gav udtryk for, at de oplevede et mere produktivt samarbejde med lægen i kraft af, at der opstår en forståelse for hele deres livsvilkår og ikke kun den kroniske sygdom, dermed opnås der en helhedsorienteret indsats i følge de unge.

2.3 Tidligere forskning om socialt udsatte børn med kroniske sygdomme

Dette afsnit vil indeholde en redegørelse for tidligere forskning om kroniske sygdomme, i forhold til socialt udsatte. I første afsnit vil der være en redegørelse for undersøgelsen *“Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom”* (Sundhedsstyrelsen; 2012) udført af sundhedsstyrelsen. I andet afsnit vil der være en samling af beskrivelser af anden tidligere forskning, som kan anskueliggøre problematikken i at være socialt udsat og kronisk syg. I dette afsnit, om tidligere forskning vil der blive inddraget empiri, som omhandler tværfagligt samarbejde.

2.3.1 Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom

Undersøgelsen *“Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom”* (Sundhedsstyrelsen; 2012) beskriver, at det er veldokumenteret at helbred og sociale forhold har en sammenhæng, derfor er det ikke blot barnet der er udfordret, men hele familien. Det kan være hårdt for alle familier at have et barn med en kronisk sygdom, men i en familie der i forvejen er ressourcesvag kan dette være en uoverkommelig opgave. Det kan blandt andet være på baggrund af manglende overskud eller forståelse for problematikken, hvilket kan føre til at det er svært at mestre den kroniske sygdom. Undersøgelsen viser, at der kan være flere forskellige faktorer der kan stå i vejen for, at en social udsat familie kan give den optimale støtte til deres barn. Den første af disse faktorer er *“Health Illiteracy”*, som betyder at individet kan have svært ved at forstå sundhedsinformation og ydermere også have svært ved at handle. Dette kan have konsekvenser for barnets sygdom, hvis det i hjemmet ikke får den optimale behandling (Sundhedsstyrelsen, 17-18; 2012). Den anden faktor er *“lav-self-management”*, som indebærer, at forældrene ikke er i stand til at planlægge strategier og træffe beslutninger, som er hensigtsmæssige i forhold til, for eksempel at skulle medicinere et barn. Forældre, der er ansvarsbevidste og som har en høj grad af

empati, ville have nemmere ved at efterleve dette (Sundhedsstyrelsen, 19; 2012). En tredje faktor er "dårligt psykisk velbefindende", som tager udgangspunkt i, at forældrene ikke er psykisk stabile og det kan derfor være problematisk for forældrene at håndtere et sygt barns behov, blandt andet i forhold til omsorg og struktur (Sundhedsstyrelsen, 20-21; 2012). En fjerde faktor er, "kommunikation og relationsdannelse i sundhedssystemet". Sager hvor forældre har vanskeligt ved at kommunikere barnets problematikker ud og samtidig har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale. Disse samtaler ender ofte i misforståelser og uklarheder, både for forældrene og sundhedspersonalet (Sundhedsstyrelsen, 22-23; 2012). En femte faktor er "netværk og familie struktur", hvis barnet er i en familie med megen uro, kan det hæmme barnets tilpasning til en sygdom og kan dermed skade den struktur barnet og sygdommen har behov for. Samtidigt er det vigtigt, at familien har relationer, de kan støtte sig op af, så de ikke står alene med udfordringerne ved at have et sygt barn (Sundhedsstyrelsen, 23-24; 2012). En sjette faktor kan være "kulturelle forhold". I dette tilfælde menes der sproglige barriere og kulturelle forskelle, der kan være i forhold til sygdomsforståelse (Sundhedsstyrelsen, 25; 2012).

Dette belyser, hvordan en familie kan have vanskeligt ved at håndtere det at være forældre til et kronisk sygt barn, hvilket ikke gøres nemmere hvis familien er socialt udsat. I forhold til specialet findes dette interessant, om et tværfagligt samarbejde kan være relevant med henblik på at hjælpe disse familier optimalt. Ligeledes tydeliggøres det i det ovenstående, at det er vanskeligt at være forældre til et kronisk sygt barn og at der kan opstå flere forskellige problematikker i forhold til dette, som både er relevant for sundhedssektoren og socialektoren med henblik på, at yde den mest optimale og helhedsorienteret indsats, hvilket bekræfter os i, at det er et felt med mange udfordringer der er interessant at undersøge nærmere.

2.3.2 Socialt udsatte børn med kroniske sygdomme

I dette afsnit vil der være en samling af beskrivelser af tidligere forskning. Denne tidligere forskning kan belyse forskellige aspekter af, hvad det vil sige at være kronisk syg og have sociale problemer, samt bidrager med viden omkring, hvorfor helbred og socialt udsathed er sammenhængende.

I undersøgelserne "*At prioritere social ulighed i sundhed*" af Finn Diderichsen, Maria Habroe og Else Nygaard (Diderichsen, Habroe og Nygaard, 2006) og "*Forebyggelse af social ulighed i*

sundhed” af Eva Thune Jacobsen (Jacobsen, 2010) er der fokus på forebyggende indsatser, samt hvem indsatserne skal være for og dermed også, hvor der er størst ulighed i sundhed. I undersøgelsen *”At prioritere social ulighed i sundhed”* tages der udgangspunkt i analysestrategier og resultater fra Københavns kommune. Der tages afsæt i at udføre en indsats, for de individer der står svagest i forhold til uligheden, dermed er indsatsen målrettet, samt afgrænset indenfor geografiske områder. Undersøgelsen er udformet, med henblik på at kunne udføre en fælles indsats i mellem flere forvaltninger, så forvaltningerne kan arbejde ud fra et fælles mål (Diderichsen, Habroe og Nygaard; 2006). Undersøgelsen *”Forebyggelse af social ulighed i sundhed”* tager udgangspunkt i, at få udarbejdet en handlingsplan for sundhed i Helsingør kommune. Denne handlingsplan tager blandt andet afsæt i den sundhedspolitiske plan der er blevet lagt for 2008-2012, blandt andet i forhold til forebyggelse af social ulighed i sundhed. De har i denne undersøgelse også beskæftiget sig med, at den sociale ulighed i sundhed ses i forhold til livsstilsadfærd, forskellige muligheder for netværk og forskellige tilknytninger til arbejdsmarkedet. De vil derfor også i Helsingør kommune udføre en målrettet indsats i forhold til, de der er dårligst stillet, for på den måde at kunne udjævne uligheden (Jacobsen; 2010). I undersøgelsen *”At prioritere ulighed i sundhed”* vises det blandt andet, at der er mange faktorer der spiller ind i forhold til social position og sygdom. Dette ses blandt andet i forhold til opvækst, som kan lede til uddannelse og derfra til en bestemt indkomst eller et bestemt arbejdsmiljø der både kan være fysisk eller psykisk belastende. Til alt dette er også KRAM faktorerne; kost, rygning, alkohol og motion, som i en kombination med de andre faktorer kan føre til sygdom. Der skal derfor tages udgangspunkt i, at jo dårligere stillet individet er i forhold til ovenstående faktorer, jo større risiko er der også for, at individet er socialt udsat og kan blive sygt (Diderichsen, Habroe og Nygaard, 16; 2006). Dermed er de ovenstående faktorer vigtige, i forhold til at se på middellevetid og risikoadfærd, der påvirker levetiden. Ligeledes beskrives i undersøgelsen *”Forebyggelse af social ulighed i sundhed”*, at jo bedre uddannet individet er, jo længere er levetiden og jo flere år får individet med godt helbred, hvorimod en kortere uddannelse er lig med kortere levetid og flere år med sygdom eller dårligt helbred (Jacobsen, 3; 2010).

I forhold til undersøgelsen *”Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom”* udgivet af Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2012) undersøges det blandt andet, om socialt udsatte forældre håndterer deres børn med kronisk sygdom anderledes end andre

forældre og hvordan dette kommer til udtryk, samtidig ses der også på hvilke konsekvenser det kan føre til (Sundhedsstyrelsen, 2012). Ligesom det er beskrevet i afsnittet om "*Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom*", kan der være situationer, eller opgaver, der er svære for nogle mennesker at være i eller at håndtere, fordi de ikke har kompetencerne til det. Dette beskrives med begrebet "Health Illiteracy", som en ud af de seks kerneproblematikker på, hvorfor socialt udsatte for eksempel kan have svært ved at håndtere et kronisk sygt barn (Sundhedsstyrelsen, 7;2012). I undersøgelsen beskrives det, hvordan fagpersoner kan have svært ved at håndtere det, at barnet både har en kronisk sygdom, samt kommer fra en socialt udsat familie, fordi der som oftest er fokus på barnets trivsel og adfærd og dermed ikke så stor fokus på den kroniske sygdom, til trods for at disse to som oftest er i relation med hinanden. Ydermere kan der opstå en del barrierer i samarbejdet både tværfagligt mellem faggrupper, men også mellem faggrupper og familien (Sundhedsstyrelsen, 41-42;2012). I forhold til specialet bekræfter ovenstående, at det kan være problematisk at være professionel i relationen til familier med et kronisk sygt barn, som også er socialt udsat. Udover dette kan det ligeledes være svært for den professionelle at samarbejde med andre professionelle i det tværfaglige arbejde. Undersøgelsen går også ind i, hvilke konsekvenser den sociale ulighed har for det kronisk syge barn, hvor der skelnes mellem "her og nu" konsekvenser og konsekvenser på længere sigt. Ofte vil her og nu konsekvenserne være udgangspunkt for de konsekvenser, der også viser sig på længere sigt (Sundhedsstyrelsen, 50-51; 2012). Undersøgelsen konkluderer blandt andet hvordan der kan udføres indsatser som tværfagligt samarbejde og koordinering, for de kronisk syge med sociale problemer og hvordan disse indsatser bedst muligt bliver målrettet denne gruppe. Ydermere undersøges det også, hvordan udenlandske erfaringer blandt andet kan bidrage til dette. Der anbefales slutteligt at der udformes procedurer for koordinering af indsatser, i forhold til socialt udsatte familier med et kronisk sygt barn (Sundhedsstyrelsen, 54; 2012).

I udgaven af Ungdomsforskning "*Sundhed og sygdom*" af Center For Ungdomsforskning (CFU) beskrives det i artiklen "*Ungdomsmedicin – et nyt tværfagligt område i Danmark*" (Boisen, Blix og Teilman, 2010), hvordan det kan være problematisk at være ung og samtidig være kronisk syg. De unge er svære at placere i sundhedsvæsenet, da de ikke rigtig er voksne, men heller ikke børn (Boisen Blix og Teilman,32; 2010). De unge vil, som alle andre patienter, også gerne ses som mennesker og ikke bare som deres sygdom. De unge er i en alder, hvor de udvikler sig og kan have

behov for mere støtte. Det ses derfor mere relevant i forhold til de unge, at de har en god relation til det personale der behandler dem (Boisen, Blix og Teilman, 33; 2010).

De ovenstående undersøgelser er med til at belyse, at der er en problematik i forhold til at være kronisk syg og socialt udsat. En problematik kan blandt andet være, at der er en stor ulighed i sundhed, som blandt andet kommer til udtryk ved at jo bedre stillet individet er, jo længere er levetiden og individet får flere år med godt helbred. En anden problematik kan være at forældre har svært ved at håndtere deres børn med en kronisk sygdom, når familien samtidig er socialt udsat. Ligeledes har de professionelle også vanskeligt ved at håndtere familierne med denne problematik. En tredje problematik kan være, at det er svært at placere de unge i sundhedsvæsenet, da de har en alder hvor de hverken er voksne eller børn. Ydermere har de sociale problemer en indvirkning på den kroniske sygdom og dermed i sidste ende også på, hvor længe den syge kan leve med sin sygdom alt efter, hvilken livsstil der vælges at leve efter.

2.4 Samarbejde mellem organisationer.

I dette afsnit vil der være en beskrivelse af kapitlet *“Distriktpsychiatrien i et organisatorisk spændingsfelt”* af Janne Seeman (Seemann, 2002), som omhandler samarbejde mellem organisationer. Ud fra afsnittet om tidligere forskning, kan der argumenteres for at børn med en kronisk sygdom, som er socialt udsatte kan profitere af et tværprofessionelt samarbejde, da de er i kontakt med både sundhedssektoren og socialektoren. Derfor er det relevant at belyse det tværprofessionelle samarbejde, ud fra Janne Seemans beskrivelser af de vanskeligheder der kan opstå når organisationer skal samarbejde på tværs af professioner.

Janne Seemann beskriver i kapitlet *“Distriktpsychiatrien i et organisatorisk spændingsfelt”*, at samarbejde og relationer mellem organisationer har vist sig at være vanskeligt (Seemann, 118; 2002). Dette er omhandlende distriktpsychiatrien, men vi mener, det er muligt at drage sammenhænge til et samarbejde mellem socialektoren og sundhedssektoren, i forhold til socialt udsatte børn med en eller flere kroniske sygdomme og deres familie. Da begge typer af samarbejde foregår mellem organisationer, som fysisk er de samme eller er sammenlignelige. Ydermere beskriver Janne Seemann, at der mangler sammenhæng og samarbejde, mellem parter inden for organisationerne, men også mellem organisationerne. Her nævnes, at denne mangel især kommer til udtryk mellem socialektoren og sundhedssektoren (Seemann, 118; 2002).

Hermed opstår der en undren, om dette ligeledes kunne være gældende, i forhold til et samarbejde mellem socialsektoren og sundhedssektoren omkring socialt udsatte børn med en kronisk sygdom. Ifølge Janne Seemann udvikler organisationer hver deres kultur med et sæt af værdier og normer, som er knyttet til lokalt tilholdssted, faglig forankringer, interesse – og skæbnefællesskab. Organisationernes solidaritet er ofte begrænset og ophører ved organisations- eller grænserne. Dette er fordi der i grupperingerne udvikles specielle forståelseshorisonter og forpligtelser, disse vil vanskeliggøre evnen til at tænke i helheder (Seemann, 118; 2002). Den beskrevne problematik tænkes ligeledes, at kunne finde sted mellem socialsektoren og sundhedssektoren. Ydermere beskrives det, at offentlige organisationer er bundne af opgaver som er lovgivnings-, cirkulæremæssigt eller administrative bestemt og det kan have betydning i forhold til organisationers valg af samarbejdspartner. Ligeledes er der i udpræget grad tale om professions styrer, hvorved professionerne selv definerer behov og indsats (Seemann 119; 2002). En socialforvaltning er hermed bundet af lovgivningen og er underlagt denne i forhold til hjælpen der kan gives til et socialt udsat barn med en kronisk sygdom. Selv om sundhedssektoren er af den overbevisning, at hjælp i form af social støtte til familien kunne være givtigt i forhold til barnets håndtering af sin kroniske sygdom. Det er ikke sikkert, at socialforvaltning lovgivningsmæssigt kan give familien den nødvendige hjælp og der kan ligeledes opstå vanskeligheder i forhold til, om de to organisationer har muligheden for at samarbejde omkring barnets livssituation. Ligeledes kan der opstå situationer, hvor den ene organisation overskrider dens anden kompetence områder og dermed overskrider professionsstyret. Janne Seemann beskriver, at samarbejdet netop kan hæmmes af de strukturer professionerne er underlagt og man kan pege på de administrative grænser, som er opdelt af sektorer og politiske niveauer, som kan præge opgaveløsningen til en økonomisk kassetænkning. Ligeledes kan samarbejde på tværs udfordres ved, at de involverede parter har forskellige mål, behandlingsideologier, organisationskulturer og traditioner, som skal arbejdes på tværs af (Seemann, 119; 2002). I forhold til dette, kunne det tænkes at sundhedssektorens mål var, at barnet og dermed dennes familie bedre kunne mestre den kroniske sygdom og socialforvaltningens mål var at få barnets mor ud af arbejdsløshed. Dermed har de to sektorer hver deres mål. Ydermere beskrives, at arbejdsdelingen ikke er klar og entydig mellem sundhedssektoren og socialsektoren, dette kan skabe unødvendig overkapacitet eller uløste opgaver (Seemann, 119; 2002). Samtidig kan det være svært at opbygge en ligestilling i de

tværfaglige relationer. Der kan være en tendens til, at den faggruppe som vinder professionernes kamp er den som historisk har opnået den højeste status (Seemann, 120; 2002).

I ovenstående, kan der argumenteres for, at det tværfaglige samarbejde kan være vanskeligt og det indebære mange barrierer. Ovenstående skaber forståelse for, at det tværfaglige arbejde kan være vanskeligt for de professionelle, da navigationen mellem sektorerne kan være udfordrende og derfor kan det antages at tværfagligt samarbejde kræver en øget indsats. Taget i betragtning af ovenstående afsnit, beskrives det hvordan det tværfaglige arbejde er vanskeligt, men det kan også anskues at det tværfaglige samarbejde ikke er løsningen og ikke gavner de udsatte børn. Dette anskueliggør Glisson og Hemmelgarn i nedenstående afsnit.

I modspil til, at tværfagligt arbejde er en indsats, der anbefales i forhold til familier med kronisk syge børn, samt er socialt udsatte, anskueliggøre Tine Egelund og Knut Sundell (Egelund og Sundell, 2001, 205-206) i en beskrivelse af Glisson og Hemmelgarn (1998) og Scotts (1985) forskning af samarbejde, at dette ikke altid er en anbefalingsværdigt. Glisson og Hemmelgarn (1998) og Scotts (1985) beskriver, hvordan samarbejde kan være negativt og samtidigt mindske den indsats, der bliver udført overfor barnet eller familien, samt være medvirkende til at indsatsen bliver af lavere kvalitet. Glisson og Hemmelgarn argumenterer samtidig for, at der er manglende videnskabeligt belæg for at børn profeterer positivt af tværfagligt samarbejde. En af de positive årsager ved at systemerne ikke samarbejder er, at barnet modtage en øget mængde tilbud og indsatser. Ligeledes vil barnet kunne modtage hjælp fra flere organisationer, end hvis barnet indgik i et velfungerende samarbejde (Egelund og Sundell, 2001, 205-206). Ydermere beskriver Glisson og Hemmelgarn (1998), at flere tilbud kan være medvirkende til at indsatsen er mere effektiv. Ved at organisationerne ikke samarbejder kan det ifølge Glisson og Hemmelgarn skabe en udvikling i de indsatser som tilbydes og dermed gavne barnet. Glisson og Hemmelgarn (1998) beskriver, hvordan organisationerne, som ikke samarbejder, har en tydelig ansvarsfordeling og på denne måde undgår organisationerne, at barnet bliver "glemt" mellem to samarbejdspartnere (Egelund og Sundell, 2001, 205-206).

Glisson og Hemmelgarn (1998) har udført en undersøgelse over tre år, med udgangspunkt i at følge 250 anbragte børn i 24 kommuner i staten Tennessee i USA, som oplevede flere forskellige typer af tværfagligt samarbejde. Resultatet blev, at de børn som modtog tværfagligt og

tværsektorielt arbejde udviklede sig dårligere, end de børn der ikke modtog denne støtte. Glisson og Hemmelgarn mener, at dette skyldes, at den enkelte socialarbejder ikke føler det samme ansvar for barnet og ikke tager stilling til hvad der skal ske med barnet. Derimod udvikler børnene sig positivt, hvis socialarbejderen kender sin rolle, samt trives i sit arbejde og udsættes for en passende arbejdsbelastning (Egelund og Sundell, 2001, 205-206).

Ovenstående afsnit anskueliggøre, at samarbejde ikke altid gavner barnets udvikling, hvor imod bogen *“Omsorg for Gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer - Familieambulatoriets interventionsmodel”* (Olofsson, 2010) udgivet af sundhedsstyrelsen viser at samarbejde har givet positive resultater i Danmark.

2.4.1 Omsorg for den gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer.

Familieambulatoriets interventionsmodel omhandler, en tværfaglig og tværsektoriel forebyggelses og behandlingsmodel på Hvidovre hospital og Rigshospitalet. Denne model er udviklet af overlæge May Olofsson, med udgangspunkt i en anden tværfaglig interventionsmodel fra USA, som er udført af børnelæge Thomas Jefferson og forsker Loretta Finnegan. Denne model havde til formål at behandle gravide med rusmiddelproblemer, samt nyfødte børn der havde abstinenser (Olofsson, 2010;9-10). Olofssons interventionsmodel er udtænkt med baggrund i en dansk undersøgelse fra 1980 af området, som viste at der var behov for en særlig indsats i forhold til disse kvinder og deres børn (Olofsson, 2010;9). Ud fra familieambulatoriets interventionsmodel vises det, at der i Danmark hvert år fødes mellem 1500 til 2000 børn af kvinder, som er afhængig af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, ydermere fødes der omkring 100 børn med føtalt alkoholsyndrom (Olofsson, 2010;7). I forhold til et samfundsmæssigt perspektiv beskriver undersøgelsen, at der kan være samfundsøkonomiske konsekvenser i forhold til, når børn fødes med skader der er grundet rusmidler. Skaderne ved denne gruppe børn beskrives, som udviklingsskader, blandt andet medfødte hjertefejl, misdannelser, lav fødselsvægt, tidlig fødsel, koncentrationsbesvær og indlæringsproblemer. Ligeledes er der også konsekvenser som understimulation, seksuelle overgreb, omsorgssvigt og andre fysiske overgreb (Olofsson, 2010;8). På trods af ovenstående, får denne gruppe af børn sjældent en diagnose, der kan relaterer til at fosteret har været udsat for misbrug af rusmidler, men de vil resten af livet have behov for ekstra hjælp, hvilket er en problematik ud fra et samfundsøkonomisk syn. Det skal dog understreges at

disse børn, som udgangspunkt, har samme potentiale til at udvikle sig som andre børn, hvis de ikke bliver udsat for rusmidler i den tidlige fosteralder (Olofsson, 2010;8-9).

Familieambulatoriets interventionsmodel er centreret omkring et specialambulatorium. Interventionsmodellen retter sig til gravide kvinder, som har et forbrug af alkohol, afhængighedsskabende rusmidler og medikamenter. Familieambulatoriet tilhører gynækologisk-obstetrisk afdeling og har opgaver i forhold til neonatalafdelingen og børneafdelingen. Personalet i familieambulatoriet består af speciallæger, psykologer, sekretærer, jordemødre og socialrådgivere og der er derfor tale om et tværprofessionelt samarbejde (Olofsson, 2010;14). Ud over at der samarbejdes tværfagligt i familieambulatoriet er der også etableret tværfagligt samarbejde til andre afdelinger i form af fagpersoner både inden og udenfor sygehuset. Dette er gjort med baggrund i at sikre, at der bliver udført en intervention der er helhedsorienteret, da det er vigtigt i forhold til, at de gravide kvinder med rusmiddelproblemer ofte har så komplekse helbredsmæssige, psykiske og sociale problematikker (Olofsson, 2010; 15). Ydermere er det muligt at blive henvist til familieambulatoriet, men det er også muligt selv at henvende sig anonymt og også i tilfælde af akutte problemer, dermed forsøges det er opnå en så tidlig kontakt med de gravide som muligt. Tilbuddet om behandling og hjælp gælder fra at graviditeten er opdaget og til barnet når skolealderen. I denne tid er familien tilknyttet et tværfagligt team, der har ansvaret for behandlingen i samarbejde med den primære social og sundhedsforvaltning. (Olofsson, 2010; 14). Familieambulatoriets interventionsmodels indsats består under graviditeten af tidlig opsporing, graviditetsundersøgelser, psykosocial støtte, aflastende indlæggelser, afrusning/afgiftning, opsøgende arbejde og hjælp med for eksempel behandling på døgninstitution. Efter fødslen består interventionen blandt andet i, behandling og observation af den nyfødte, støtte til forældrene i barselsperioden, samt perioden efter de er udskrevet i form af børneundersøgelser. Under forløbet er der tværsektorielle konferencer, skriftlige erklæringer omkring familieambulatoriets vurdering og kendskab til barnet, den gravide, samt familiens behov, hvilket skaber en helhedsorienteret indsats (Olofsson, 2010;16).

I forhold til denne tværfaglige indsats, hvor der er mange professioner der samarbejder om samme sag vises det også at have gode resultater. Der er dog også fordele og ulemper ved det tværfaglige samarbejde, hvilket de beskriver således, at det er vigtigt at hver faggruppe er bevidst

om egen rolle, ekspertise og kompetencer i arbejdet, hvilket de beskriver struktur, tryghed og kvalitet i det daglige samarbejde (Olofsson, 2010; 20) Der beskrives en vigtighed i, at alle samarbejdsparter er enige om aftaler, roller - og kompetencefordeling, da det ellers kan påvirke samlede behandlingsindsats negativt. Projektet beskriver at det tværfaglige samarbejde, som at det har en "tandhjulsmechanisme" indbygget i sig fordi hver enkelt instans er afhængig af hinanden. en dysfunktion i dette tandhjul vil resultere i forringet resultater i forhold til behandlingsplanen (Olofsson, 2010; 24)

Resultaterne af denne interventionsmodel er blandt andet, at gravide kommer tidligere i behandling samt børnenes tilstand ved fødslen er forbedret, der bliver født færre; for tidligt fødte børn, vækstretarderet børn, børn med iltmangel og børn med andre medfødte skader. Ligeledes er antallet af abstinens børn faldet, samt at ingen børn udskrives til en kaotisk livssituation og børnene sikres, at der er professionel opbakning gennem opvæksten. Samtidig forebygges fejludvikling og omsorgssvigt, samt overgreb og kvinder sikres antikonception (Olofsson, 2010; 114-115). Interventionsmodellen havde sin opstart på hvidovre hospitalet som et projekt, efterfølgende blev det i 2008 besluttet at etablere regionale ambulatorier i resten af landet (Olofsson, 2010; 8).

2.5 Opsamling

I afsnittet *Tidligere forskning om socialt udsatte børn med kroniske lidelser, "Forebyggelse af social ulighed i sundhed"* og *"At prioritere social ulighed i sundhed"* beskrives problematikker i forhold til at være kronisk syg og socialt udsat. Problematikken består blandt andet i, at der er en stor ulighed i sundhed, som blandt andet kommer til udtryk ved at levetid og godt helbred er sammenhængende. Endnu en problematik opstår i *"Ungdomsmedicin - et nyt tværfagligt område i Danmark"*, hvor det viser sig at være vanskeligt at placere de unge i sundhedsvæsenet, da de ikke er voksne men heller ikke børn. Når et individ er socialt udsat er det sociale sektoren, der er involveret, men når et individ har et dårligt helbred er det sundhedssektoren der er involveret. Det ikke er nok blot at løse det ene problem, da de som tidligere nævnt ofte er sammenhængende. For eksempel med henblik på, at det er vanskeligt at påbegynde indsatser i forhold til de sociale problemer, hvis individets sygdom ikke er velbehandlet. Vi finder det derfor interessant med en forøget viden omkring, hvordan det tværprofessionelle samarbejde håndteres i praksis af sociale sektoren og sundhedssektoren.

I afsnittet "*Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom*" (Sundhedsstyrelsen; 2012) beskrives det, hvordan sociale forhold har indvirket på forældrenes håndtering af kronisk syge børn og hvorfor det er udfordrende at være forældre til et kronisk sygt barn, som samtidig er socialt udfordret. Vi mener, at det skaber grundlag og forståelse for, hvorfor det er nødvendigt med en tværprofessionel indsats overfor disse familier og skabe en begrundelse for, at netop socialektoren og sundhedssektoren bliver nødt til at indgå i et samarbejde, for at kunne udføre en helhedsorienteret indsats til familierne.

I afsnittet "*Samarbejdet mellem organisationer*" beskrives det, at samarbejdet og relationer mellem organisationer er vanskeligt, da det indebærer mange barrierer. Seeman beskriver der mangler sammenhæng mellem parter internt i organisationer, men også mellem organisationerne, hvilket især kommer til udtryk i mellem socialektoren og sundhedssektoren.

Ligeledes beskriver Seemann, at organisationerne udvikler hver deres kultur, interne værdier og normer, hvilket ophører ved organisationens grænse. Disse kulturer påvirke evnen til at tænke i helheder, da der internt bliver udviklet forståelseshorisonter der kun gør sig gældende indenfor den enkelte gruppe. Samtidig er organisationerne bundet af opgaver i forhold til lovgivning og administration, hvilket påvirker deres valg af samarbejdspartnere. Det kan resultere i, at de ikke kan give den fornødne hjælp til for eksempel et kronisk sygt barn der er socialt udsat og at de heller ikke har mulighed for at udføre en helhedsorienteret indsats, da de ikke altid selv er medbestemmende i hvem de må, kan eller skal samarbejde med. Ydermere beskriver Seemann, at dette kan udvikle sig til en økonomisk kassetænkning, da professionerne er underlagt administrative grænser. En anden problematik kan ifølge Seemann være at organisationerne har forskellige mål for deres arbejde, hvilket gør det vanskeligt at samarbejde, samt at arbejdsdeling kan være uklar og resultere i unødvendig overkapacitet og uløste opgaver.

Glisson og Hemmelgarn beskriver, at samarbejde ikke er positivt, da det kan mindske den indsats barnet eller familien får, samt at denne indsats bliver at lavere kvalitet. Glisson og Hemmelgarn mener samtidigt ikke, at der er noget videnskabeligt belæg for at tværfagligt samarbejde medfører noget positivt. De beskriver samtidig, at ved ikke at samarbejde tværfagligt får børnene og familierne flere tilbud, der er medvirkende til at indsatsen er mere effektiv og der er ikke den

samme risiko for at børn eller familier bliver glemt af systemet, da der ved ikke at arbejde tværfagligt er en tydelig ansvarsdeling. Glisson og Hemmelgarn har i USA udført en undersøgelse der viser at børn der ikke modtog en tværfaglig indsats, var mere velfungerende end de der gjorde, hvilket Glisson og Hemmelgarn mener skyldes, at socialarbejderen tager mere ansvar for barnet.

Familieambulatoriets interventionsmodel omhandler, en tværfaglig indsats for gravide kvinder med rusmiddelproblemer på Hvidovre hospital og rigshospitalet udviklet af May Olofsson. Denne model er udtænkt med baggrund i en dansk undersøgelse i 1980, som viste at dette område havde behov for en særlig indsats.

Familieambulatoriets interventionsmodel er centreret omkring et specialambulatorium. Interventionsmodellen henvender sig til gravide kvinder som har et misbrug af alkohol, afhængighedsskabende rusmidler og medikamenter. Personalet består af forskellige faggrupper, der dermed gør indsatsen for den gravide kvinde tværprofessionel og helhedsorienteret, hvilket er nødvendigt for denne gruppe kvinder, da der problemstillinger oftest er komplekse. Med denne model forsøger de at nå de gravide kvinder så tidligt som muligt, oftest når graviditeten bliver konstateret og indsatsen kan fortsætte indtil barnet når skolealderen. Under forløbet er der tværprofessionel sparring mellem fagpersonerne, skriftlige erklæringer omkring familieambulatoriets vurdering og kendskab til barnet og den gravide, samtidig er der også fokus på familiens behov, som helhed. Det viser sig at interventionsmodellen har positive resultater i form af for eksempel færre for tidligt fødte børn og færre børn født med skader som følge af alkohol og misbrug. Interventionsmodellen er efterfølgende implementeret i resten af Danmark, efter at have været et projekt på Hvidovre hospital.

I afsnittet tidligere forskning gøres vises det, at der kan behov for en tværfaglig indsats i forhold til individer der er kronisk syge, samt er socialt udsatte. Der kan i forhold til ovenstående argumenteres for, at den tværfaglig indsats, som gives til familier med børn som er kroniske syge og socialt udsatte, da der på baggrund af dette kan argumenteres, at denne problematik kræver en fælles indsats fra sundhedssektoren og socialektoren. Det tværfaglige samarbejde kan ifølge Seemann være vanskeligt, da der stilles store krav til at organisationerne kan samarbejde, samtidig med at der er normer og værdier der i organisationerne påvirker dette. Dog anskueliggøre Glisson

og Hemmelgarn , at et tværfagligt samarbejde ikke altid gavner barnet, at det kan have den modsatte effekt hvor det skaber en dårligere indsats for barnet. Det vises dog i Familieambulatoriets interventionsmodel i forhold til gravide med rusmiddelproblemer, at der kan profiteres fra et tværfagligt samarbejde, da det med deres model er lykkedes at opnå positive resultater.

Dette viser, at der ikke er en entydig holdning til, om det tværfaglige samarbejde fungerer, samt at det tværfaglige samarbejde kan være vanskeligt. Dette skaber en undren for om hvordan sundhedssektoren og socialektoren håndterer tværfagligt samarbejde med udgangspunkt i socialt udsatte børn og unge med en kronisk sygdom. Hvordan opstår et tværfagligt samarbejde mellem de to sektorer, hvem tager initiativet til et tværfagligt samarbejde socialektoren eller sundhedssektoren, eller er det en tilfældighed? Hvis det tværfaglige samarbejde mellem sektorerne bliver etableret, hvordan håndterer sektorerne så samarbejdet i relation til hinanden, hvis de overhovedet samarbejder?

I og med at det er to forskellige sektorer der skal samarbejde forestiller vi os, det kan være vanskeligt at koordinere samarbejdet og udføre en helhedsorienteret indsats. Ligeledes kan økonomi spille en rolle, samt ressourcer og prioriteringer i de forskellige sektorer. Hvad sker der når forskellige professioner mødes og skal samarbejde, vidensdeler de og anerkender hinandens for den viden de kan bidrage med i samarbejdet eller opstår der en kamp mellem fagene? Ligeledes findes det interessant at belyse, hvordan kommunikationen mellem sundhedssektoren og socialektoren foregår i praksis, hvis en sådan finder sted? Dette skaber interesse for, hvordan socialektoren og sundhedssektoren håndterer gruppen af familier til børn med en kronisk sygdom, som samtidig er socialt udsatte og om det påvirker det tværprofessionelle samarbejde?

2.6 Problemformulering

Som tidligere beskrevet, viser forskningen at socialektoren og sundhedssektorens kvalitet af samarbejdet i forhold til socialt udsatte børn med en kronisk sygdom, har konsekvenser, for hvor godt denne gruppes sygdom bliver håndteret. Samtidig vises det i ovenstående afsnit, hvordan det kan være vanskeligt at være socialt udsat og lide af en kronisk sygdom, samt hvordan dette kan have en indvirkning på behovet for en større indsats i forhold til denne gruppe.

På baggrund af afsnittet *tidligere forskning omkring udsatte børn med kroniske sygdomme og samarbejde mellem organisationerne* har vi i specialegruppen, fået en forståelse af, at det kan

være svært at håndtere, at være kronisk syg samt socialt udsat, hvilket kan kræve en tværprofessionel indsats fra socialektoren og sundhedssektoren. Der er samtidig en forståelse af, at samarbejdet mellem sundhedssektoren og socialektoren kan være vanskeligt og derfor vil vi undersøge og diskutere, hvordan socialektoren og sundhedssektoren samarbejder tværprofessionelt i praksis, hvilket leder frem til følgende problemformulering;

Hvordan håndterer socialektoren i samarbejde med sundhedssektoren det tværprofessionelle arbejde i forhold til familier med socialt udsatte børn med en kronisk sygdom?

Problemformuleringen vil blive uddybet nærmere ved at undersøge følgende underspørgsmål.

- ***Hvordan foregår etableringen af det tværprofessionelt samarbejde ?***
- ***Hvordan gennemføres det tværprofessionelle samarbejde i praksis?***
- ***Hvordan kommunikerer sundhedssektoren og socialektoren, i det tværprofessionelle samarbejde?***

3. Begreber

Tværprofessionelt arbejde;

Tværprofessionelt samarbejde definerer Andy Højholdt som værende når anerkendte og uddannende professioner samarbejder. Ifølge Andy Højholdt er det vigtigt at skelne mellem to former for tværprofessionelt samarbejde. Den ene, som oftest udspiller sig i samme organisation og er kontinuerlig og del af hverdagen. Den anden som er periodisk og som oftest benyttes blandt andet i forhold til bekymring drøftelser, omsorgssvigt og når der sker overgange mellem organisationer (Højholdt 2009;39). I forhold til dette speciale er det valgt at anvende begrebet tværprofessionelt samarbejde, da det er forskellige professioner der samarbejder på tværs af organisationer. Alle informanterne har en profession, hvilket underbygger valget af begrebet tværprofessionelt samarbejde. I dette speciale anvendes begrebet i forhold til at det tværprofessionelle samarbejde er periodisk, da det ikke er alle børn og unge der bliver tilbudt et tværprofessionelt samarbejde og derfor er det ikke en del af professionernes hverdag.

Profession;

En profession definerer Lauvås og Lauvås som værende en beskrivelse af, at arbejde professionelt ud fra det vidensgrundlag der er indenfor professionen (Lauvås og Lauvås, 2006; 90), hvilket er denne betydning specialegruppen mener når der henføres til professioner.

Socialt udsatte;

I dette speciale defineres benyttes begrebet socialt udsatte. Specialegruppen definerer dette, som værende når et barn eller en familie har behov for kontakt med socialektoren og har et behov for dennes ydelser,. Familier og unge med socialt udsatte har et særligt behov for støtte, kontakt eller ydelser fra socialektoren.

Samarbejde;

En definition af samarbejde kan være arbejde som flere personer eller organisationer udføre i fællesskab omkring et fælles mål (Den Danske ordbog, 2016). Samarbejde kan defineres på mange forskellige måder, men når specialegruppen benytter ordet samarbejde i dette speciale er det med udgangspunkt i denne definition.

Kronisk sygdom;

En kronisk sygdom beskrives som et langvarigt forløb eller som en sygdom der er tilbagevendende eller uhelbredelig (Sundhedsstyrelsen.dk, 2016) ,hvilket er den definition der benyttes i specialet

Sundhedssektor;

I Danmark er sundhedssektoren en samlet indsats ved forebyggelse, behandling af sygdom, diagnostik, pleje af syge både inden for det offentlige og det private. Der skelnes mellem den primære sundhedssektor og den sekundære sundhedssektor. Den primære sundhedssektor består blandt andre af praktiserende læger, praktiserende tandlæger og sundhedsplejerske, som er karakteriseret ved geografisk nærhed og en lav specialisering. De fleste patienter bliver færdigbehandlet i den primære sundhedssektor, men når ikke dette er muligt overgår de til den sekundære sundhedssektor, som er den der er benyttet i dette speciale. Den sekundære sundhedssektor består af sygehuse eller klinikker med ambulatorier og speciallæger, som i Danmark er finansieret af beskatning af borgerne (Den store danske, 2016). Når sundhedssektoren bliver beskrevet i dette speciale, vil det være med henføring til den sekundære sundhedssektor.

Socialektor;

Socialektoren defineres, som den part af samfundet der tager sig af social forsorg og de opgaver der er socialt betingede i forhold til at tildele økonomiske ydelser (Den danske ordbog, 2016).

Det vil i specialet anses, som værende kommuner.

4. Videnskabsteori

I dette afsnit vil der være en præsentation af specialets videnskabsteoretiske retning - hermeneutikken. Hermeneutikken vil dermed være grobund for specialets metodiske arbejde og samtidig skabe baggrund for, problemformuleringens opbygning.

Hermeneutikken anses som en fortolkningskunst, der stammer tilbage fra antik græsk filosofi, men som senere fik betydning for det 20. århundredes videnskab i form af et filosofisk perspektiv. I hermeneutikken lægges der vægt på, at fortolkninger er en socialaktivitet og at fortolkning er vejen til at få indblik i sociale handlinger. Hermeneutikken er meget bred og inddrager et makro syn i forhold til at fortolke sociale handlinger (Jacobsen, Lippert-Rasmussen og Nedergaard, 2010; 148-149).

Hermeneutikken kan deles i to forståelser. Den ene er hermeneutikken som metodologi, som indeholder regler for fortolkning, der blandt er benyttet til at oversætte og fortolke tekster, så flere mennesker kunne forstå dem, som for eksempel Biblen. Den anden er hermeneutikken som ontologi, som bliver italesat af de tyske filosoffer Edmund Husserl og Martin Heidegger, da de så forståelse og fortolkning som noget fundamentalt for menneskers forståelse af livet. Ydermere ses mennesket, i forhold til den ontologiske vinkel, som et fortolkende væsen, dette ses som grundlæggende for menneskets natur (Jacobsen, Lippert-Rasmussen og Nedergaard, 2010; 150-151).

Den hermeneutiske cirkel er et grundlæggende kendetegn for hermeneutikken. Den hermeneutiske cirkel kan anses, som at fortolkning er en bevægelse mellem del og helhed. For at kunne forstå et fænomen er det nødvendigt, at se det i forhold til en sammenhæng, for på den måde at kunne fortolke det, samtidig med at det skal ses ud af endnu større sammenhæng. Den hermeneutiske cirkel har en stor betydning for Hans-Georg Gadamer, der udviklede den filosofiske hermeneutik i det 20. århundrede, og som ser hermeneutikken ud fra en ontologisk vinkel. Ifølge Gadamer møder mennesker altid fænomener med en forforståelse. Mennesker er ikke blanke

væsener og de har derfor altid en forforståelse, om forskellige fænomener, ud fra de erfaringer mennesket har gjort sig tidligere. Dette kalder Gadamer for erfaringshorisonten, som er det forforståelser er skabt af (Jacobsen, Lippert-Rasmussen og Nedergaard, 2010; 151). Gadamer ser ikke nødvendigvis disse forforståelser som dårlige fordomme, men anser det sådan, at det først er når mennesket ikke sætter sin forforståelser i spil, det er negativt, for ved at sætte forforståelserne i spil kan der skabes nye forståelser. Derved kan mennesket, hvis det reflekterer og er bevidst om dets forforståelser, udvikle nye udgangspunkter. I forhold til dette speciale, kunne speciale gruppen have en forforståelse af, at sundhedssektoren og socialektoren ikke nødvendigvis samarbejder i deres dagligdag, men i udarbejdelsen af specialet er det oplevet at et sådan samarbejde finder sted, hvilket skaber grundlag for en ny forståelse. Dette kan forklares med den hermeneutiske cirkels bevægelse, der fungerer således, at mennesket først har en forforståelse om et fænomen. Dette fænomen må forstås ud af en sammenhæng, hvilket kan skabe en ny forforståelse, som dermed kan ses i endnu en sammenhæng. På den måde er dette en uendelig proces af fortolkning, hvor der kan blive ved med at tilkomme nye perspektiver (Jacobsen, Lippert-Rasmussen og Nedergaard, 2010; 152). Denne måde at fortolke på, kan også ses i forhold til en historisk vinkel, når en nutidig person vil forstå et tidligere historisk fænomen. Det stiller krav om, at personen forstår at fænomenet havde dets egen betydning i dets tid, mens det for personen og dets tid har en anden betydning, hvilket skaber en anderledes erfaringshorisont. I forhold til dette er det vanskeligt at skabe en horisontsammensmeltning, som Gadamer beskriver som værende en proces, der sker når del og helhed og fortid og nutid smelter sammen, da der skal være forskellige lag af fortolkninger, som skal have ændret den nutidiges persons erfaringshorisont og dermed også forforståelse. Til dette tilskriver Gadamer også virkningshistorie, som er når et fænomen allerede har fået tilskrevet meninger og opfattelser til sig over tid, hvilket påvirker dannelsen af menneskers nutidige erfaringshorisonter. Derfor er mennesket nødt til at arbejde med dets egen selvforståelse. Denne måde at tænke forskellige erfaringshorisonter på, kan også anvendes i forhold til forskelle i kultur og geografi. I forhold til kultur og geografi kan dialog være en vigtig part, da det måske kan være med til at udvikle hinandens forforståelser og dermed også fortolkninger af sammenhængen, for på måde og skabe ens eller større forståelse af et bestemt fænomen. På den måde skaber mennesket også fællesskaber omkring de fælles erfaringshorisonter og forforståelser. I Gadamers ontologiske

synspunkt af hermeneutikken kan det anses, som at der er en normativ side i form af en norm om gensidig forståelse for andre mennesker, i den måde der ønskes at forstås og fortolkes på (Jacobsen, Lippert-Rasmussen og Nedergaard, 2010; 153-154).

5. Kvalitativ metode

I dette afsnit vil der være en beskrivelse af specialets metode. Det første afsnit vil indeholde en beskrivelse af deltagende observation, med udgangspunkt i hvad metoden indeholder, samt hvordan denne er benyttet i specialet. Andet afsnit vil være en beskrivelse af det etnografiske interview, med udgangspunkt i hvordan metoden fungerer, samt hvordan specialegruppen har valgt at benytte denne. Tredje afsnit vil indeholde en diskussion af fordele og ulemper ved specialets metode. Fjerde afsnit vil indeholde en beskrivelse af, hvordan speciale gruppen har udvalgt informanterne og dermed hvilke krav der har været hertil. I femte og sidste del vil der være en beskrivelse af specialets fejlkilder, med udgangspunkt i hvilke fejl der kunne opstå under indsamlingen af empiri.

5.1 Deltagende observation

I dette afsnit vil der være en beskrivelse af hvad deltagende observation er, samt hvordan speciale gruppen har benyttet denne metode til indsamling af empiri. Metoden er valgt for at kunne opleve, hvordan et tværprofessionelt møde foregår og med henblik på at få baggrundsviden til benyttelse under de etnografiske interviews.

Der er indenfor metodisk litteratur en enighed om, at feltarbejde gennemgår forskellige faser, men faserne er ikke nødvendigvis i en lineær proces, da det ikke altid kan gå som forventet. Processen er en interaktion mellem individer og derfor vil der løbende være ændringer i for eksempel, hvordan specialet og processen defineres af både forskeren og de individer der deltager (Kristiansen og Krogstrup, 2015; 124). Det er derfor forskerens opgave at kontrollere processen. Der er ingen garanti for, at den planlægning, der først er udført bliver til et bestemt forventet resultat. På trods af dette, er der faser der skal gennemgås for ikke at falde i diverse faldgruber og for at have en plan eller strategi for arbejdet (Kristiansen og Krogstrup, 2015; 125).

Der findes forskellige faser indenfor deltagende observation, som vil blive beskrevet nedenfor. En af faserne er en afklaring af, hvad målet med undersøgelsen er. Forskeren skal blandt andet være opmærksom på egne værdier i forhold til det, der skal undersøges, hvilket som tidligere nævnt i

forhold til den videnskabsteoretiske vinkel er specialegruppens forforståelser af emnet, samtidig er det også et spørgsmål om, hvornår forskningen starter, da der som oftest er baggrund i en allerede funden viden og at dette også præger målet med undersøgelsen. Derfor hænger målet med undersøgelsen ofte sammen med personlige erfaringer eller forudindtaget viden (Kristiansen og Krogstrup, 2015; 126). I specialet er det valgt, at målet med den deltagende observation er at observere, hvordan et tværprofessionelt møde foregår, med henblik på hvilket sammenspil de deltagende har med hinanden, hvordan et sådan møde forløber og hvordan de forskellige professioner håndterer det tværprofessionelle samarbejde. Dette har alt sammen baggrund i at indsamle baggrundsviden, der kan benyttes til udformningen af interviewguiden.

En anden fase lægger vægt på at få defineret, hvilken gruppe der skal observeres. I dette speciale findes det interessant at undersøge forskellige faggrupper, som samarbejder tværprofessionelt omkring unge med en kronisk sygdom og som er socialt udsatte. Ydermere er der en fase der omhandler, hvordan der fås adgang til feltet. Dette kan være en vanskelig proces og hårdt arbejde. Processen kan blive lettere ved, at forskeren har et teoretisk indblik i det der skal undersøges, samt brug af gode sociale kompetencer, blandt andet ved at give et godt førstehåndsindtryk. I dette indledende arbejde skal forskeren også legitimere sin tilstedeværelse. Det kan gøres ved forbindelse eller kendskab til det miljø der undersøges. Hvis dette ikke er muligt kan det være en nødvendighed at dokumentere en tilknytning til en organisation, så som at specialegruppen i dette speciale er en del af Aalborg Universitet, hvilket kan skabe bedre muligheder for at få adgang til et felt. Det er samtidig vigtigt at sociale regler overholdes når forskeren er i felten, så de observerede ikke føler sig utrygge eller generet af det at blive observeret, det er derfor vigtigt at forskeren viser forståelse for de sociale regler der er i felten (Kristiansen og Krogstrup, 2015; 130). Da specialegruppen kontaktede det pågældende sygehus identificerede vi os, som studerende fra Aalborg Universitet og forklarede kort, hvilken interesse vi havde i at deltage i et tværprofessionelt møde. Inden det tværprofessionelle møde, mødtes specialegruppen med en socialrådgiver fra sygehuset, der kort introducerede til, hvad der skulle foregå på mødet og det aftaltes, hvordan specialegruppen skulle agere under mødet. Til mødet sad speciale gruppen i et hjørne, hvorfra alle mødedeltagere kunne ses. Socialrådgiveren fra sygehuset informerede indledningsvist til mødet om, hvem specialegruppen var og at specialegruppen ikke skulle deltage i mødet, men blot

observere. Inden mødet havde forældrene til barnet givet tilladelse til at specialegruppen måtte være til stede.

Som tidligere beskrevet, tog speciale gruppen selv kontakt til det pågældende sygehus, men en vej indtil feltet kan være gennem en gatekeeper. En gatekeeper kan for eksempel være en person i organisationen eller miljøet, som har autoritet og som på den ene eller anden måde har sagt god for forskerens tilstedeværelse og derfor har givet adgang til forskeren. En gatekeeper kan være en god hjælp for forskeren, da der dermed er en der kender miljøet og kan hjælpe og vejlede forskeren i at opnå en social accept (Kristiansen og Krogstrup, 2015; 132). I dette speciale blev kontakten til sygehuset skabt gennem en overlæge på børneafdelingen, som sendte os videre til en socialrådgiver på samme børneafdeling på sygehuset. Socialrådgiveren på sygehuset stod for koordineringen af de tværprofessionelle møder og havde dermed kontakt til alle de involverede, på den måde fik vi tilladelse gennem socialrådgiveren på sygehuset til at deltage i mødet. Socialrådgiveren på sygehuset fungerede på den måde, som en gatekeeper for specialegruppen, da denne havde et indgående kendskab til feltet og var i stand til at formidle kontakten for specialegruppen.

Det er vigtigt i processen i feltet at skabe en god og bæredygtig relation til feltet, da det kan være en længerevarende proces at observere. Det er derfor vigtigt, at forskeren får forhandlet sig frem til en rolle der er givende for forskeren og som derfor kan fremme arbejdet i feltet. Forskeren skal være opmærksom på at kunne komme til at repræsentere en bestemt gruppe for de der observeres, for eksempel kunne det i dette speciale være speciale gruppens medlemmer der blev set med en forestilling om at være "studerende der ikke kender den virkelige verden". Forskerens ydre fremtoning er vigtig i forhold til at opnå en god relation. Dette kan blandt andet omhandle sprog, påklædning og adfærd, samtidig er de personlige egenskaber relevante blandt andet i forhold til, om en eventuel organisation stoler på forskeren, hvilket kan komme til udtryk i forhold til, hvor meget de vil dele ud af deres viden. Forskeren må derfor vurdere, hvilket indtryk der vælges at give og hvordan dette indtryk kan skabe den bedste base for indsamling af data (Kristiansen og Krogstrup, 2015; 136-137).

Under selve observationen er der forskellige måder, hvorpå forskeren kan være deltagende observatør. Dette kan blandt andet gøres ved at spørge, lytte og derigennem tilegne sig viden om feltet. Den deltagende observatør, kan ifølge antropologen James Spradley, have en

dobbeltfunktion i form af at deltage i processer der er relevante, samt at observere processerne og personerne der indgår, samtidig med at observere de fysiske omgivelser og aspekter. Under en deltagende observation er det ikke blot vigtigt at notere sig, hvad der verbalt bliver udtrykt, men også hvad der kommunikerer nonverbalt for eksempel med kropssprog. Det er derfor vigtigt at se de handlinger (Kristiansen og Krogstrup, 2015; 140-141).

Spradley skelner mellem beskrivende, fokuseret og selektiv observation. I den beskrivende observation er der ikke nogen styrende interesse, men der er blot en social situation, som bliver observeret. Dette kan ofte være, hvis der undersøges et felt med ingen eller ringe kendskab til. En fokuseret observation er når der er fokus på blot et aspekt i en social situation. I specialet kunne dette for eksempel være i forhold til at holde fokus på samarbejdet og ikke på hele familiens situation. I den selektive observation er fokuset endnu mere snævert og omhandler blot, hvordan forskeren er opmærksom på forskelle i det udvalgte af observationerne (Kristiansen og Krogstrup, 2015; 143-144). I specialet er det valgt at anvende den fokuserede form for observation, da der under det tværprofessionelle møde var fokus på, hvordan det tværprofessionelle arbejde håndteres af forskellige professioner. Der var dermed udvalgt et bestemt fokus for observationen, hvilket er gjort med henblik på at kunne belyse problemformuleringen bedst muligt.

5.2 Det etnografiske interview

I dette afsnit vil der være en beskrivelse af hvad det etnografiske interview som metode indeholder, samt hvordan specialegruppen benytter dette til indsamling af empiri. Det etnografiske interview er opbygget omkring, de informationer specialegruppen indsamlede under den deltagende observation af det tværprofessionelle møde.

I forhold til, at det er valgt at anvende deltagende observation, er det valgt at kombinere det med det etnografiske interview. Dette kan blandt andet anvendes til at spørge nærmere indtil de observerede situationer, samt afdække eventuelle misforståelser eller skjulte dagsordner. Det etnografiske interview er udviklet af Spradley, som beskriver at der er flere aspekter i denne form for interview. Spradley beskriver det etnografiske interview, som et "speech event", altså en samtale begivenhed. Alle samtale begivenheder har særlige kulturelle regler og former blandt andet med en indledning, slutning, turtagning, spørgsmål, svar, pause og også en regel for fysisk afstand mellem de der deltager (Kristiansen og Krogstrup, 2015;150). Spradley anser, at det

etnografiske interview har mange fælles træk med en almindelig samtale, forskeren kan for eksempel introducere etnografiske spørgsmål blot igennem en almindelig samtale, dog må dette ikke gøres for tidligt, da samtalen så kan have karaktertræk af en afhøring. Det er vigtigt, at forskeren gør informanterne opmærksomme på, hvad formålet med interviewet er, så informanten har en ide om, hvilken retning interviewet tager. Det er samtidig vigtigt at forskeren kontrollerer interviewet i en retning, hvor det afslører informantens viden, dog på en hensigtsmæssig måde, så det ikke kommer til at virke dominerende (Kristiansen og Krogstrup, 2015; 151). I specialet er det valgt at udføre interviews ved at forberede spørgsmål indenfor bestemte kategorier, baseret på observationen af det tværprofessionelle møde, samt med henblik på at besvare problemformuleringen bedst muligt. Alle de interviewede fik da samme spørgsmål, men der var stor forskel på, hvordan informanterne besvarede spørgsmålene, da ikke alle følte de havde lige stor indflydelse og relevans i det tværprofessionelle samarbejde, hvilket også viste sig ved en hvis tilbageholdenhed under mødet. Interviewene forgik, som udgangspunkt, ved at specialegruppen stillede spørgsmål, hvortil informanten svarede, herfra udviklede interviewet sig til en mere flydende samtale, da der så blev spurgt ind til det de fortalte og dermed blev der i de fleste tilfælde, skabt naturlige overgange til andre spørgsmål der var forberedt.

Der findes forskellige former for etnografiske spørgsmål og Spradley opdeler dem i beskrivende, strukturelle og kontrastspørgsmål. De beskrivende spørgsmål er de letteste at stille og er de spørgsmål, der får informanten til at fortælle om for eksempel deres hverdag. De strukturelle spørgsmål er de spørgsmål, hvor der ønskes viden om informantens kulturelle viden for eksempel i forhold til arbejdsgangen på en arbejdsplads. Kontrast spørgsmål anvendes til at få informanten til at forklare egne holdninger eller synspunkter eller til at forklare bestemte vendinger eller begreber. Samtidig er de også relevante for at få en forståelse af informantens verden (Kristiansen og Krogstrup, 2015; 152). Ved interviewet begyndte specialegruppen med at anvende de beskrivende spørgsmål, såsom "Hvad er din profession?", for blot at få igangsat interviewet. Efterfølgende tog specialegruppen så udgangspunkt i de strukturelle spørgsmål, som for eksempel "Hvad er din funktion i det tværprofessionelle samarbejde?", for at få en forståelse af informanten og skabe en forståelse af informantens rolle i det tværprofessionelle samarbejde. Til sidst anvendte specialegruppen kontrast spørgsmål, for eksempel "Hvad synes du kunne forbedre det

tværprofessionelle samarbejde?”, for at få et mere subjektivt syn og en forståelse af informantens holdninger.

5.3 Udvalgelse af informanter

I dette afsnit vil der være en beskrivelse af, hvordan informanterne er udvalgt og hvilke tanker specialegruppen har gjort sig omkring dette.

For at kunne belyse specialets problemformulering er der taget kontakt til en overlæge på en børneafdeling på et sygehus, med en forespørgelse i forhold til om de arbejdede tværfagligt og om de kunne være interesseret i at deltage i udarbejdelsen af dette speciale. Specialegruppen kom, som tidligere nævnt, gennem overlægen i kontakt med socialrådgiveren på samme børneafdeling, hvis arbejde blandt andet bestod i at koordinere tværprofessionelle indsatser. Socialrådgiveren på sygehuset åbnede en mulighed for, at specialegruppen kunne deltage i et tværprofessionelt møde. Specialegruppen har derfor ikke kunne udvælge informanterne selv, men har opstillet kriterier for, om det var et relevant møde at deltage i, i forhold til om det kunne belyse og afdække specialets problemformulering. Det vurderes af specialegruppen at mødet var relevant, da mødets fokus var at iværksætte en tværprofessionel indsats for et barn med en kronisk sygdom og sociale problemer. Til mødet deltog forældrene til den unge, socialrådgiveren fra kommunen, en UU-vejleder (Ungdommens uddannelsesvejledning), en læge, en sygeplejerske og socialrådgiveren fra sygehuset. Ud fra præmissen om, at specialegruppen vidste, at det var disse parter der skulle deltage i mødet vurderes det, at det var et tværprofessionelt møde, da der var forskellige professioner repræsenteret ved mødet. Speciale gruppen havde ikke kriterier til hvilke problematikker den unge skulle have, det var blot vigtigt at problematikkerne var så komplekse at tværprofessionelhed var en nødvendighed og at flere forskellige faggrupper dermed skulle involveres. Det var samtidig ikke et krav, at den unge deltog ved mødet eller at specialegruppen fik kontakt til hende, da det ikke findes relevant for specialets problemformulering, da det tager udgangspunkt i de professionelles håndtering af det tværprofessionelle samarbejde.

5.4 Fordele og ulemper

I dette afsnit vil der være en beskrivelse af fordele og ulemper ved specialets metodevalg, med udgangspunkt i valget af deltagende observation og det etnografiske interview.

Når der udføres observationer er det forskerens tolkninger, af det der observeres, der bliver grundlag for empirien. I forhold til speciales hermeneutiske vinkel, arbejdes der med en forståelse af, at specialgruppen har en forforståelse inden observationerne går i gang, dermed nogle forventninger til det der skal observeres, det er derfor vigtigt at være opmærksomme på disse forforståelser, da de er med til at skabe nye forståelser af det observerede, hvilket kan skabe tolkninger der ikke er virkelige. Observation kan derfor med fordel suppleres med andre former for metoder, for at undgå at det blot bliver forskerens egen tolkning, samtidig med at sikre sig et mere stabilt grundlag for empirien. Det samme gør sig gældende, hvis der blot anvendes interview, derfor vil det som regel altid være positivt at anvende mere end en metode for at få en større forståelse af feltet. (Kristiansen, Krogstrup, 2015;150). Da specialet har haft en tidsbegrænsning, har der været en begrænsning for hvor længe, specialegruppen har haft mulighed for at opholde sig i feltet. Dette kan være en ulempe, da det kan begrænse den mængde af empiri der indhentes, samt skabe i en mindre indsigt i feltet (Kristiansen, Krogstrup, 2015; 144-145). I forhold til specialet har dette dog ikke følt som en begrænsning, da specialegruppen mener at have haft rig mulighed for at deltage i det tværprofessionelle møde, samt interviewe de deltagende efterfølgende. Det kunne dog være muligt, hvis der havde været en større tidsramme, at have deltaget i flere møder eventuelt med andre fagfolk for på den måde at kunne have sammenholdt de forskellige møder, samt forskellige holdninger fra de deltagende, for på den måde at skabe et større grundlag for specialet.

5.5 Fejlkilder

I dette afsnit vil der være en beskrivelse af forskellige fejlkilder, der kan opstå ved udformningen af specialet, både i forhold til specialets metode, samt udvælgelsen af teori.

En fejlkilde i specialet kan blandt andre være at interviewene er udført af begge gruppemedlemmer, hvorfor der kan opstå forskelle i måden det er udført på, hvilket kan skabe fejlkilder. Begge gruppemedlemmer var dog til stede under interviewene, hvilket kan være med til at sikre at interviewene er forsøgt udført ens, da det andet gruppemedlem dermed kan gøre den anden part opmærksom på dette. Den sociale relation mellem interviewer og informant kan også påvirke informantens svar, der er derfor en mulighed for at svarene kunne være anderledes alt efter hvem der interviewede. Dette er dog svært at afgøre, da det ville kræve at begge gruppemedlemmer interviewede den samme informant, for på den måde at se om der er en

forskel i svarene. Der kan dog forsøges at skabe en god atmosfære under interviewet, så informanten føler sig tryk og ønsker at svare på de stillede spørgsmål.

Under observationerne kan der også opstå fejkilder. Dette kan blandt andet ske ved blot specialegruppens tilstedeværelse. Under det tværprofessionelle møde kan der for eksempel have været nogle af deltagerne der agerede anderledes end normalt, blot på grund af specialegruppens tilstedeværelse. Dette er dog ikke muligt for specialegruppen at vide, da det netop ville kræve at specialegruppen ikke var til stede, der kan dog spørges indtil ved informanterne om dette er sådan et normalt møde forløber. Der kan samtidig opstå fejkilder i den måde, hvorpå specialegruppen fortolker det observerede. I forhold til der hermeneutisk udgangspunkt har specialegruppen en fortolkning af det observerede, men denne fortolkning kan skabe grobund for en ny fortolkning. Samtidig vil specialegruppen også fortolke på det observerede ud fra egne tidligere fortolkninger og derfor vil specialegruppens fortolkninger af det observerede ikke nødvendigvis være de samme, som de professionelles der deltog i mødet og kan derfor skabe en forkert eller misforstået fortolkning af det observerede. Dette har specialegruppen dog arbejdet med, i forhold til at snakke om, hvilken fortolkning vi havde af det observerede og på den måde undersøge om vores fortolkninger stemmer overens, for dermed at skabe et fælles grundlag.

I forhold til transskriberingen af interviewene og nedskrivninger under observationen, kan der opstå fejkilder i form af ikke at gengive det sagte korrekt eller ved at misforstå måden, hvorpå informanten udtrykker sig. Dette er forsøgt undgået ved at specialegruppen begge har lyttet interviewene igennem og det er diskuteret, hvordan de forskellige udtalelser og udsagn skal forstås. Fejkilder under observationerne er forsøgt at undgå dette, ved under interviewene at spørge indtil noget af det der observeret, for at være sikker på, at få en korrekt forståelse af hvad det er der er observeret. Samtidig med, at der som tidligere nævnt, er arbejdet med gruppens forforståelser.

5.6 Opsamling

I dette afsnit har vi beskrevet specialets metode. Vi har benyttet deltagende observation ved at deltage i et tværprofessionelt møde på et sygehus, hvor flere forskellige faggrupper deltog. Mødet omhandlede et barn med en kronisk sygdom, som samtidig var socialt udsat. Efterfølgende udførte vi interviews med udgangspunkt i mødet, hvor informanterne var de professionelle der deltog i mødet. Dette blev gjort for at undersøge, hvordan det tværprofessionelle samarbejde

håndteres i praksis i mellem sundhedssektoren og socialektoren. Til udvælgelsen af informanter, var det vigtigt for os, at det var professionelle som havde deltaget i mødet, samtidig med at der var flere forskellige professioner repræsenteret. I forhold til fordele og ulemper ved metoden finder vi, at det er en fordel at vi har valgt at benytte to metoder for på den måde at få et større grundlag og viden for vores empiri, hvorimod en ulempe kan være, at det kun var muligt at deltage i ét tværprofessionelt møde og interviewe den gruppe af professionelle, hvor det kunne have været interessant at undersøge en anden gruppe og sammenholde disse to for at specialet kunne blive mere repræsentativt. Med henblik på fejkilder, er det forsøgt at undgå ved blandt andet at begge specialegruppe medlemmer deltog i interviewene, samt at vi under observationerne blot var observerende og ikke deltog eller forsøgte at præge det tværprofessionelle møde.

6. Meningskondensering

Dette afsnit vil indeholde en meningskondensering, som er et sammendrag af informanternes besvarelser i interviewene, som udgør specialets empiri, samt specialegruppens vurdering af, hvad informanternes udsagn kan benyttes til at belyse.

Meningskondenseringen er udformet med henblik på at synliggøre det central i den fundne empiri. Ved at udforme meningskondenseringen opstår muligheden for at gå i dybden med den indsamlede empiri, for på den måde at få en indsigt i hvad der for de professionelle er centralt i det tværprofessionelle samarbejde i forhold til unge med kronisk sygdom, samt sociale problemer. Meningskondenseringen er udformet ved gennemlæsning af interviews hver for. Specialegruppen har herefter fremdraget, gennemgående synspunkter i hvert interview for efterfølgende at sammenholde dette og derved er der udsprunget tre temaer; *etablering af samarbejde, samarbejdet og kommunikation*. De findes alle centrale i informanternes interviews, hvilket bliver grundlæggende for speciales empiri og dermed også teori og analyse afsnit.

6.1 Etablering af samarbejde.

I dette afsnit vil etableringen af samarbejdet blive belyst og dets relevans for besvarelsen af problemformuleringen.

Når der skal opnås en besvarelse af problemformuleringen i dette speciale, er det oplagt at se på etableringen af samarbejdet, da dette tema er en af de faktorer der ligger til grund for, at der er en tværprofessionel indsats. Endvidere er det et centralt punkt i empirien, idet alle informanterne nævner etableringen af samarbejdet gentagne gange, hvilket skaber en naturlig tematisering af emnet.

Hvordan mødes de professionelle når de skal samarbejde omkring børn og deres familier, samt hvordan bliver deres kontakt etableret

Ved gennemlæsning af empirien udspringer temaet etablering af kontakt sig ved, at alle informanterne lægger stort vægt på dette i forhold til et tværprofessionelt samarbejde.

De professionelle, som er involveret i et samarbejde, tager i forskellige grader initiativ til et tværprofessionelt samarbejde. UU-vejlederen er af den opfattelse, at han ikke tager direkte initiativ til netværksmøder og UU-vejlederen oplever ikke et tæt samarbejde med sundhedssektoren generelt. Derimod er han i tæt kontakt med en familierådgiver, hvis der er en sådan tilknyttet den unge. Dette findes centralt for specialet, da det viser at etablering af kontakten ikke er en selvfølge og at det ikke er alle professionelle, der er initiativtagere til at etablere et tværprofessionelt samarbejde, omkring udsatte unge med kronisk sygdom. I forhold til problemformulering findes det relevant, da det belyser, hvordan der er forskel på hvilket ejerskab de professionelle tager over det at opstarte et tværprofessionelt samarbejde og hvordan rollerne er fordelt i mellem forskellige faggrupper. Idet, at det ønskes at belyse problemformulering, forekommer etablering af samarbejdet relevant, da der uden en etablering af samarbejde ikke ville være et reelt tværprofessionelt samarbejde.

I sundhedssektoren oplever lægen, at hun ofte opsøger kontakt med socialektoren, især i de tilfælde hvor et barn får konstateret en kronisk sygdom. Dette er oftest på baggrund af praktiske årsager, for eksempel i forhold til økonomisk støtte og udfyldes af dokumentation, for at familien kan opnå den nødvendige hjælp. Ligeledes gives der i sundhedssektoren udtryk for, at de i særlige situationer tager kontakt til socialektoren tidligt i forløbet, med henblik på et tværprofessionelt netværksmøde. Dette for at sikre, at socialektoren er godt forberedt på de problemstillinger, som sundhedssektoren har observeret hos familien og dermed er opmærksomme på sundhedssektorens tanker om barnets behov fremadrettet. Ydermere tager sundhedssektoren

også kontakt til socialektoren, via underretninger eller indkalder til et tværprofessionelt netværksmøde på baggrund af, bekymringer for de familier de er i kontakt med i deres dagligdag. Sundhedssektorens rolle i etableringen af samarbejde viser sig at være hyppig. Det kan anses at sundhedssektoren er opmærksom på, at de ikke selv er i stand til at udføre en helhedsorienteret indsats og derfor må de være initiativtagere til etableringen af et tværprofessionelt samarbejde. I forhold til problemformuleringen viser dette en side af, hvordan og hvornår der opstår et behov for et tværprofessionelt samarbejde ifølge sundhedssektoren, hvilket også viser, hvordan de håndterer etableringen af det tværprofessionelle samarbejde.

I forhold til socialrådgiveren på sygehuset har denne en rådgivende funktion, som tidligere nævnt, i forhold til dokumentation til læger og familier, når der tages kontakt til socialektoren.

Socialrådgiveren, som er ansat i sundhedssektoren, har ansvaret for at skabe kontakten til tværprofessionelle møder og tager først kontakt til lægen og socialrådgiveren fra socialektoren, fordi de er sværeste at koordinere en dato med og derefter tages der kontakt til uddannelsessteder og andre samarbejdsparter. Kontakten med lægen er direkte, da de arbejder samme sted og kontakten til socialrådgiver er per telefon, hvorefter der bliver sendt en indkaldelse ud til alle parter på enten mail eller brev. Ligeledes oplever socialektoren, at sundhedssektoren sender udskrivningsbreve ud, når familierne har brug for økonomisk compensation.

Socialrådgiveren som er ansat i socialektoren har, som den koordinerende part ved de tværprofessionelle møder, ansvaret for at der bliver etableret en kontakt mellem de forskellige parter, efter der er en af professionerne der har henvendt sig til hende. Derfor er etableringen af kontakten relevant i forhold til, at socialrådgiveren i sundhedsvæsenet er afhængige af henvendelser fra andre parter, for at kunne videreetablere kontakten til de andre involverede. I forhold til problemformuleringen illustrerer dette blandt andet, hvordan socialrådgiveren i socialektoren håndterer en etablering af kontakten og ydermere også en begyndelse på håndteringen af det tværprofessionelle samarbejde.

6.2 Samarbejdet.

I dette afsnit vil der være en beskrivelse af samarbejdet i det tværfaglige arbejde mellem professionerne.

Samarbejdet har en central rolle i, hvordan det tværprofessionelle samarbejde fungerer og bliver håndteret. Uden samarbejde ville der ikke være mulighed for at arbejde tværprofessionelt. For

informanterne opleves det at samarbejdet er vigtigt, da de alle omtaler det i deres interviews, blandt andet i forhold til, hvordan et positivt samarbejde kan fremme tværprofessionelhed og hvordan et negativt samarbejde kan bremse tværprofessionelt samarbejde. Derfor udspringer samarbejdet, som et naturligt tema til at belyse både empirien og ydermere specialets problemformulering..

Udfordringer når systemerne ikke snakker sammen (Forhindringer i samarbejdet)

UU-vejlederen føler, at det er svært at danne sig et helhedsbillede på grund af tavshedspligten, derfor føler han, at de tværprofessionelle møder åbner op for information. Derudover udviser UU-vejlederen irritation over ikke at kunne kommunikere i samme system og derfor ikke have mulighed for at se, hvad de andre parter foretager sig, hvilket han til tider føler fører til dobbeltarbejde for alle involverede parter.

Samarbejdet er ifølge UU-vejlederen til tider presset, da han føler, at det er svært at skabe et overblik både på grund af lovgivning og manglende kommunikation. Dette findes relevant for specialets problemformulering, da det blandt er med til at tydeliggøre en vinkel af, at det kan være svært at håndtere tværprofessionelhed når der er begrænsninger i mellem kommunikationsmulighederne og gennemsigtigheden imellem de forskellige professioner. I forhold til problemformuleringen kan dette belyse, hvordan håndteringen af det tværprofessionelle arbejde kan begrænses af forskellige strukturelle problematikker.

Lægen oplever, at der kan være samarbejdsparter, som hun ikke kan henvise direkte til, dog oplever hun, at jo mere de taler sammen, jo bedre hjælp modtager barnet og familien.

Lægen giver udtryk for, at det er tilfredsstillende når de formår at få etableret et samarbejde og lægen beskriver at kommunikationen er vigtig og samtidig er med til at give muligheden for at orientere forældrene om en fælles plan, som udspringer fra fælles mål imellem samarbejdsparterne. UU-vejlederen beskriver, at det først er når der opstår problemer, at det tætte samarbejde opstår eller er til stede.

Alle informanterne beretter at samarbejdet er vigtigt, for at de kan udføre en helhedsorienteret indsats. Derfor findes det relevant at anvende som tema. Lægen udtrykker blandt andet, at der kan sættes fælles mål hvilket i forhold til problemformuleringen viser, at det også er en måde hvorpå tværprofessionelhed kan håndteres og arbejdes med. Desuagtet mener UU-vejlederen,

at det er for sent samarbejdet iværksættes, hvilket også skaber en undren over, om der er forskel på hvor relevant de forskellige informanter finder samarbejdet. Derfor kan dette være med til at tydeliggøre om der er forskellige holdninger til, hvordan samarbejdet skal fungere.

Samtidig vil socialrådgiveren fra socialektoren gerne inddrages tidligere, så der kan skabes en større tværprofessionelhed. Socialrådgiveren i socialektoren oplever, at lovgivning omkring accept af inddragelse af andre sektorer og derved deres faglighed er begrænset, idet de har brug for den unge og forældrenes accept til at inddrage andre.

Behovet for, hvornår samarbejdet skal igangsættes, fremkommer også af socialrådgiveren i socialektorens ovenstående udsagn omkring at lovgivningen skaber begrænsninger. Samarbejdet kan derfor anses som relevant at diskutere, da der er flere forskellige syn på dette, hvilket også præger måden at håndtere et tværprofessionelt samarbejde.

Ressourcer og tid i forhold til det tværprofessionelle samarbejde.

Lægen oplever ligeledes, som UU-vejlederen, at de tværprofessionelle møder er utrolig ressourcekrævende, der mangler tid og økonomi til at afholde dem, men hun mener det kunne gavne mange børn at afholde tværprofessionelle møder. I kraft af de tværprofessionelle møder oplever lægen, at når socialektoren og sundhedssektoren har forståelse for hinandens observationerne, gavner det samarbejdet og i sidste ende de involverede børn og deres familier. Derfor mener lægen, at samarbejdet er positivt når socialektoren anerkender hendes meninger og holdninger og når de kommunikerer sammen over tid, da hun mener at større viden omkring de forskellige faggruppers arbejde kan forbedre samarbejdet.

Lægen oplever samarbejdet, som en central del af det at kunne arbejde tværprofessionelt, hvilket også er gældende for de andre informanter. Dette viser igen, hvordan samarbejdet kan håndteres og også hvordan de forskellige parter håndtere dette. I forhold til en teoretisk fremstilling kan det også være centralt at undersøge, hvordan de forskellige felter arbejder sammen og hvorledes det organisatorisk ville være muligt.

Socialrådgiveren i sundhedssektoren, mener ydermere at der altid kommer noget positivt ud af tværprofessionelle møder og at de vidensdeler på tværs af faggrupperne skaber resultater for familierne, dog oplever hun, at et øget pres på socialektoren påvirker det tværprofessionelle samarbejde negativt. Dette kan blandt andet være i forhold til, at de bliver pålagt administrativt

arbejde, som påvirker deres mulighed for deltagelse i de tværprofessionelle møder. Socialrådgiveren i sundhedssektoren mener ikke, at de kan se børnenes problemer isoleret, men at de skal arbejde helhedsorienteret, hvilket hun mener, at de tværprofessionelle møder kan bidrage til. Det samme gør sig gældende for socialrådgiveren i socialektoren, da hun også mener, at der skal ses på problematikkerne som en helhed, da problematikkerne ofte er i sammenhæng. Socialrådgiveren i socialektoren mener, at det tværprofessionelle samarbejde er meget ressourcekrævende, men jo mere familierne inddrages og ser at faggrupperne respekterer hinandens faglighed, jo større resultater får de. Socialrådgiveren i sundhedssektoren oplever ikke, at de følger op, på de tværprofessionelle møder, men det antages, at hvis de ikke høre yderligere, har alle gjort som aftalt.

Begge socialrådgivere giver udtryk for, at det er relevant at kunne samarbejde for at kunne udføre en helhedsorienteret indsats. Derfor er samarbejdet et centralt punkt for informanterne og dette fylder meget i informanternes besvarelser, hvilket også gør det centralt, for besvarelsen af problemformulering, i forhold til, hvordan tværfagligheden håndteres.

UU-vejlederen giver udtryk for, at hans ledelse har meldt ud, at de gerne vil samarbejde med alle. UU-vejlederen mener, at de tænkes med alle steder tværfagligt, da uddannelse har stor betydning i forhold til unge og deres fremtidige muligheder i samfundet. UU-vejlederen oplever, ikke desto mindre ofte at sidde alene til udslusningssamtaler hos for eksempel børnepsykiatrisk afdeling, da de andre faggrupper ikke har mulighed for at prioritere dette. UU-vejlederen oplever, at det fører til ekstra opgaver der rækker ud over hans felt, når andre faggrupper ikke deltager i de tværfaglige møder for eksempel på grund af for få ressourcer og en presset arbejdsdag. UU-vejlederen mener ikke, at det er fordi de ikke vil de unge, men fordi de er presset. Dette viser også, hvordan der er forskellige prioriteringer i forhold til tværfagligt samarbejde og at det ikke nødvendigvis er den enkelte selv der kan bestemme, hvordan der skal arbejdes, men at det er et større organisatorisk spørgsmål, hvilket ville blive belyst i teorien med blandt andet Lauvås og Lauvås teori om tværfagligt arbejde og derefter også vil være en del af analysedelen, da det kan være med til at belyse problemformulerings spørgsmål om, hvordan tværfagligheden håndteres.

Gavn af det tværfaglige samarbejde

I forhold til socialrådgiveren på sygehuset, mener hun at resourcesvage familier har større behov, samt udbytte, af det tværfaglige samarbejde. Socialrådgiveren oplever, at de kan bidrage til oplysningsgrundlaget når familierne er under et stort pres på grund af for eksempel et sygt barn, der også har sociale problemer. Socialrådgiveren i sundhedssektoren mener, at det at være til stede ved et tværfagligt møde giver mere, end ved blot at læse referatet. UU-vejlederen oplever, at han får et større kendskab til de unge, ved at deltage i udslusnings møderne på for eksempel børnepsykiatrisk afdeling og for lægen er det en del af arbejdsdagen, at samarbejde tværfagligt med andre faggrupper, som er tilknyttet på børneafdeling.

Det er ikke blot samarbejdet professionerne i mellem informanterne finder relevant, men også samarbejdet i forhold til familierne og de unge, samtidig finder professionerne det relevant at deltage fysisk i de tværfaglige møder, da det kan have en betydning for, hvordan det tværfaglige samarbejde udføres, hvilket er relevant i forhold til besvarelsen af problemformuleringen.

Professionelle udfordringer.

Lægen oplever, at der kan være tidspunkter, hvor hun ikke kan tage ansvar for barnets helbred, hvis de anvisninger hun som læge kommer med ikke bliver anerkendt, efterlevet eller taget alvorligt af socialektoren. Dette findes relevant i forhold til problemformuleringen, da det viser en mistillid mellem professionerne, der gør at lægen ikke altid føler, at de bliver taget alvorligt af andre professioner. Det kan være med til at belyse, hvordan et tværfagligt samarbejde kan være svært.

Socialrådgiveren i sundhedssektoren oplever også til tider en frustration over, at hun har en opfattelse af, at der i en bestemt kommune, er et front team, som er for skrappe i deres vurderinger af, hvem der har behov for hvad, hvilket socialrådgiver ofte oplever fører til klagesager og gør samarbejdet svært med den enkelte kommune. Samarbejdet med de andre kommuner oplever hun, som positivt og hun har opfattelsen af, at hun letter deres arbejdsbyrde. Dette viser, at der er forskellige holdninger til, hvordan der bevilliges i de forskellige kommuner, hvilket kan skabe en skævhed og problematikker, når de hører til samme regionssygehus. I forhold til problemformuleringen kan det antages at der skabes problemer for det tværfaglige samarbejde, hvis retningslinjerne ikke er de samme. I forhold til samarbejdet understreger lægen, at de ikke over for socialektoren, kan diktere hvad der skal bevilliges, da dette kan skabe konflikter mellem

de to sektorer. Socialrådgiveren i sundhedssektoren ser sig selv som værende på lovens side og vil ikke anses som en ambassadør for socialektoren eller familien. Socialrådgiveren fra sundhedssektoren oplever, at der kan være uoverensstemmelser mellem sektorerne, i forhold til at der for eksempel er hjælp der ikke kan indfries. Det kan skabe spørgsmål om, om der er nogle sektorer eller organisationer der er bedre til at håndtere tværfagligt samarbejde end andre, hvilket vil blive undersøgt nærmere i analysen.

6.3 Kommunikation.

Kommunikation spiller en væsentlig rolle i forhold til, hvordan det tværfaglige samarbejde håndteres. Igennem informanternes besvarelser stod det klart at kommunikation er relevant for dette speciale, da alle informanter nævnte emnet flere gange, hvilket gjorde det til et gennemgående tema igennem deres interviews. Kommunikation virker relevant for informanterne med henblik på, hvordan de formidler deres viden om unge med kroniske sygdomme og sociale problemer. Derfor udspringer kommunikation, som et tema til at belyse problemformuleringen.

Videreformidling af information

UU-vejlederen føler, at de tværfaglige møder medvirker til, at han opnår viden omkring den unge, hvilket bliver nedskrevet så andre senere kan få glæde af det. Lægen mener, at der samarbejdes bedre når der kommunikeres tæt og med fysisk tilstedeværelse og at professionelle i den forbindelse planlægger fælles mål. Lægen oplever, at på trods af flere underretninger, bliver der ikke reageret og derfor bliver der indkaldt til tværfaglige møder, for at forklare hvor alvorligt situationen for eksempel er. I dette tilfælde anvendes tværfagligt samarbejde, som en understregelse af, hvor alvorlig en situation er og som et forsøg på at gøre alle indblandet parter opmærksomme på dette. Da dette også er en måde at håndtere det tværfaglige samarbejde på, findes det relevant til besvarelsen af problemformuleringen.

Måden man kommunikerer på i det tværfaglige samarbejde

Lægen kommunikerer ofte med samarbejdsparter over telefon eller mail. Lægen giver udtryk for, at det er nemmere at kommunikere når de professionelle er fysisk til stede, men at det ikke er en garanti for et godt samarbejde. Lægen giver udtryk for, som tidligere nævnt, at det kan være svært at kommunikere når det ikke er i samme system, hvilket kan skabe frustration hos forældrene, da

forældrene ikke forstår, hvorfor lægen ikke har et samlet overblik over barnets situation. Det kan igen være et spørgsmål om problemer i den organisatoriske opbygning og en problematik organisationerne i mellem, hvilket vil blive undersøgt nærmere via teori afsnittet og senere hen i analysen, for på den måde at kunne undersøge, om det er en måde, hvorpå tværfagligheden bliver håndteret problematisk, hvilket også gør sig gældende for det nedenstående afsnit.

Socialrådgiveren i sundhedssektoren er frustreret over ikke at kunne kommunikere direkte til de involverede parter hos socialektoren, i form af at hun ikke altid ved hvem der har hvilke sager, ikke har direkte mail eller telefon numre, men i stedet ryger i et postsystem. Ligeledes kunne socialrådgiveren i socialektoren godt tænke sig mere dialog med andre samarbejdsparter.

Afhængighed professionerne imellem

Lægen er afhængig af, at kommunerne reagerer på deres henvendelser, med henblik på at kunne udføre en indsats overfor et barn. Det har betydning for lægen om der er lydhørhed, forståelse, tid og økonomi. Lægen mener, at viden skaber bedre sagsbehandling og større forståelse hos kommunen om, hvad der søges om ved kommunen. Ydermere mener lægen, at det kunne være godt for sundhedssektoren at lære af socialektoren og måske kunne det skabe en forståelse af, på hvilket grundlag beslutninger bliver taget. Lægen stiller i det ovenstående spørgsmål til, hvordan andre professioner reagerer på, de udmeldinger der kommer fra sundhedsvæsenet. Det findes relevant i forhold til problemformuleringen, da det kan forudsættes, at der er forskellige måder at anse et tværfagligt samarbejde på og at dette påvirker måden samarbejdet bliver håndteret. Det viser også, hvordan de forskellige professioner kan spille forskellige roller i forhold til hvem de føler, har ansvaret for det tværfaglige arbejde. Dermed kan det også tolkes at lægen føler, at det er andre professioner der er skyld i, at det tværfaglige arbejde til tider kan være problematisk. I forhold til problemformuleringen findes dette relevant, da det også er en måde hvorpå tværfagligheden håndter

7. Teori

I dette afsnit vil der være en gennemgang af, hvilken teori der er anvendt i specialet. Teorien udspringer af specialets empiri og er udvalgt med udgangspunkt i, hvad der kan underbygge empirien bedst muligt i forhold til at belyse specialets problemformulering.

7.1 Lauvås og Lauvås

I dette afsnit vil der være en gennemgang af Per Lauvås og Kirsti Lauvås syn på tværfagligt samarbejde. Dette er valgt med udgangspunkt i at belyse empirien med henblik på, hvilke begreber og faktorer der kan spille ind i et tværfagligt samarbejde. Specialets problemformulering tager udgangspunkt i, hvordan et tværfagligt samarbejde håndteres af forskellige sektorer, i dette speciale sundhedssektoren og socialektoren, hvortil Lauvås og Lauvås er fundet relevante til at belyse dette.

Lauvås og Lauvås beskriver, hvordan en faggruppes fag både kan være en konfliktarena, men samtidig en socialiseringsarena. En konfliktarena mellem faggrupper kan opstå, hvis fagene overlapper hinanden og der kan derved opstå konkurrence mellem fagene, i forhold til hvordan en opgave bedst løses eller hvis en anden faggruppe mener, de har de samme kompetencer, som en anden til at løse en pågældende opgave (Lauvås og Lauvås, 2006; 38-39). Fag kan også være en socialiseringsarena, ved at nye medlemmer bliver en del af fællesskabet og der bliver ydermere bidraget til at værdier og normer bliver opretholdt, hvilket bliver overleveret via socialiseringen. På den måde er faget med til at reproducere sig selv (Lauvås og Lauvås, 2006; 40).

Lauvås og Lauvås antager også, at det er relevant med en helhedsopfattelse i forhold til fagene. Det er vigtigt at forstå helheden i mellem de fag der samarbejder, så det ikke risikeres at fagene tror de arbejder tværfagligt, men i stedet arbejder parallelt uden, at der bliver kommunikeret mellem parterne (Lauvås og Lauvås, 2006; 42). I forhold til specialet er dette relevant i forhold til afholdelse af tværfaglige møder. De tværfaglige møder kan blandt andet være med til at undgå, at der arbejdes parallelt og samtidig være med til at sikre, at der bliver udført en helhedsorienteret indsats.

Ifølge Lauvås og Lauvås er det på individniveau det tværfaglige samarbejde kan kollapse, da det er enkelt personer der kan sætte en stopper for samarbejdet. Dette kan løses med tiltag der netop får den enkelte til at arbejde bedre tværfagligt (Lauvås og Lauvås, 2006; 67). I forhold til et

socialpsykologisk perspektiv på tværfagligt samarbejde er rolleteori også en vigtig del ifølge Lauvås og Lauvås. Lauvås og Lauvås mener, at en rolle kan defineres, som en forventning der er knyttet til en bestemt stilling eller funktion, der er hertil normer og forventninger til rollen, der derved er med til at påvirke den måde rollen udføres på. Normerne kan både være skabt af omgivelserne, men også af rolleindehaveren selv. Der er hertil både formelle og uformelle regler i forhold til, hvilken opførsel eller rolle rolleindehaveren skal have og disse regler er med til at regulere rolleadfærdigheden (Lauvås og Lauvås, 2006; 68-69). I forhold til dette er rolleforventninger relevante, da der i det tværfaglige samarbejde er forskellige forventninger i forhold til forskellige samarbejdsparter, samt hvordan de løser deres opgaver i det tværfaglige samarbejde. Lauvås og Lauvås beskriver, hvordan der ofte er større, forventninger til de parter der er højest i hierarkiet, dette kan for eksempel være til lægen, hvor andre faggrupper, samt patienter kan have en del forventninger om, hvad lægen skal kunne. Der opstår dermed et socialt pres til, hvordan forskellige faggrupper skal agere. Det sociale pres i det tværfaglige samarbejde ville være meget afhængigt af, hvilken kontakt der er mellem de forskellige faggrupper. Ved en direkte kontakt vil der være mere pres på rolleindehaveren altså den professionelle, end hvis kontakten er mere sporadisk og mindre afhængig (Lauvås og Lauvås, 2006; 71). I forhold til vores deltagelse i det tværfaglige møde, blev specialegruppen opmærksomme på, at lægen var den mest toneangivende under mødet. Det findes derfor relevant for specialelets problemformulering at se på, hvilke forventninger, der er til de forskellige parter og hvordan disse håndterer de forskellige grader af forventninger der er til de forskellige faggrupper, da dette kan belyse hvordan de forskellige faggrupper håndterer det tværfaglige arbejde.

Lauvås og Lauvås beskriver, hvordan de ydre forventninger til rolleindehaveren kan afvige for meget i forhold til, at de så ikke kan internaliseres i rollen, hvilket kan skabe konflikter. Lauvås og Lauvås har tre beskrivelser af, hvordan en konflikt i forhold til rollefordeling kan løses. Den første er at holde fast ved sin egen rolleopfattelse og dermed forsøge at opnå at omgivelserne kommer en i møde i forhold til sin rolle, og dermed får mere selvstændighed i forhold til rollen. Den anden er at bukke under for det sociale pres og dermed blot overtage andres forventninger til rollen. Den tredje er at opgive og blot forlade konflikten og dermed opgive ambitionerne om et acceptabelt samarbejde (Lauvås og Lauvås, 2006; 72).

Ifølge Lauvås og Lauvås er det vigtigt, at fag identiteterne bliver bevaret, i forhold til at kunne udføre tværfagligt samarbejde, da de forskellige faggrupper internt er med til at bevare deres egen rolleforestilling og ydermere er med til at bevare deres egen professions identitet, hvilket skaber forskellige tanker. Det kan derfor undgås, at alle tænker ens, dermed ville det ikke længere være et tværfagligt samarbejde, da det kræver forskellige synspunkter. En ny rolle kan skabe ny aktivitet og dermed nye input til samarbejdet. Individet vælger også at knytte sig til dem, der medvirker til at opretholde deres egen rolle, for på den måde at komme til at føle sig korrekt i et fællesskab. Der bliver ydermere dannet en gruppe, hvor der deles normer og værdier. Denne gruppe betragter verden ud fra gruppens perspektiv og som oftest enige om, hvordan verden ser ud (Lauvås og Lauvås, 2006; 77). I forhold til specialets problemformulering findes det ovenstående relevant at se nærmere på, da det er forskellige synspunkter der er med til at belyse, hvordan der i en organisation kan arbejdes tværfagligt, hvilket kan være med til at underbygge analysen af, hvordan det tværprofessionelle samarbejde omkring unge med en kronisk sygdom, som også er socialt udsatte, håndteres i praksis.

Der kan ofte opstå stereotype opfattelser af, hvad andres roller indebærer. Dette sker ofte på baggrund af, at andre grupper har travlt med at udvikle deres egne roller og derfor ikke har interesse i at få et større kendskab til de andre grupperes evner. Det er dog vigtigt ikke at efterleve de stereotype forestillinger, da det kan skabe urealistiske forventninger. Derfor er det vigtigt i det tværfaglige samarbejde, at de der skal samarbejde udvikler sig sammen, da de fleste mennesker trives bedst, hvis de er tilpas udfordret, samt at opgaven er realistisk at løse (Lauvås og Lauvås, 2006; 82). Lauvås og Lauvås beskriver, hvordan Erwin Goffman mener, at der altid vil være en vis distance mellem rolle og rolleindehaveren og derfor kan individet selv vælge, hvor meget det går ind i rollen, samt hvor mange af forventningerne til rollen den enkelte vil efterleve. Med rolledistancen er det derfor muligt at forandre rollen og derved distancere sig fra rollen og fra forventninger og traditioner hertil. Goffman mener, at dette er nødvendigt for at kunne skabe samfundsændringer, da alting ellers altid vil blive ved med at være som det altid har været. Derfor skal der også skelnes mellem, hvad der er typisk for en rolle og hvad der egentlig er den enkeltes adfærd, hvilket vil præge udformningen af selve rollen i forhold til hvor meget frihed rolleindehaveren tager sig til fortolkning. Dette vil blive nærmere beskrevet i teori afsnittet om Goffman. (Lauvås og Lauvås, 2006; 82).

Adfærd der afviger fra det traditionelle, i forhold til rollerne, kan blive mødt negativt. Afvigelsen kan ikke desto mindre også være positiv i form af forandringer og ny indsigt, men dette kan for mange også virke truende. Lauvås og Lauvås, beskriver også, hvordan Berger og Luckmann mener, at individet har en tendens til at bevare de traditionelle forventninger til rolleadfærd ved at læne sig op af de ældre definitioner. Berger og Luckmann forklarer, at hvis rolleindehaveren ikke har en stærk rolleidentitet ville denne være meget letpåvirkelig og dermed kan rollen nemt forandres, hvilket også gør sig gældende, hvis en arbejdsopgave rolleindehaveren skal løse er uklar eller hvis samarbejdet er dårligt defineret eller ingen krav har (Lauvås og Lauvås, 2006; 82-83). I forhold til problemformuleringen kan dette være med til at belyse, hvordan rammerne for det tværfaglige arbejde kan påvirke den måde hvorpå det tværfaglige arbejde bliver håndteret.

Professionerne er en stor del af det at arbejde tværfagligt. En profession definerer Lauvås og Lauvås som værende en beskrivelse af, at arbejde professionelt ud fra det vidensgrundlag der er indenfor professionen. En profession har mulighed for at påvirke indholdet af uddannelsen til de nyuddannede i professionen, der er retningslinjer og bestemte normer indenfor de forskellige professioner. Professionerne har også en form for monopol på at løse bestemte opgaver, da der er en offentlig godkendelse af, at det er deres erhvervs opgave (Lauvås og Lauvås, 2006; 90-91). Der er konstant en kamp mellem de forskellige fag for at bevare monopolet på arbejdsopgaver. Der kan ydermere opstå en diskussion om, hvor grænserne går mellem professionernes evner og derfor kan det tværfaglige arbejde hurtigt blive relevant, da klienternes problemstillinger også kan skifte og derfor kan der pludselig være behov for andre kompetencer end først set (Lauvås og Lauvås, 2006; 101-102). Det kan derfor diskuteres om professionerne er mere engageret i deres egne interesser i at beholde klienten, end i at give klienten den bedst mulige behandling, hvis denne ikke lige er under den profession der er først tildelt (Lauvås og Lauvås, 2006; 108).

7.2 Pierre Bourdieu

I dette afsnit vil der være en redegørelse af Pierre Bourdieus teori om felter. I forhold til problemformuleringen er dette tænkt som et syn på, hvor det tværfaglige samarbejde foregår og hvordan dette kan være med til at påvirke, hvordan det tværfaglige samarbejde skabes, samt håndteres.

Pierre Bourdieu beskriver, begrebet felt som værende forskellige netværk eller sammensatte objektive relationer mellem forskellige placeringer. Hvert felt har sine egne love og regler, med specifikke normer der gør sig gældende for det. Hvilken position individet har i de forskellige felter afhænger af, hvilken kapital individet har, hvilket også præger de konflikter og kampe der er inden for de forskellige felter, da de forskellige kapitaler giver forskellig magt eller indflydelse (Bourdieu, 1996; 84-85). Bourdieu arbejder med begreberne økonomisk kapital og kulturel kapital. Et individ kan have en høj økonomisk kapital, for eksempel en erhvervsleder, hvorimod denne nødvendigvis ikke har en høj kulturel kapital, hvilket Bourdieu beskriver at en lærer har høj kulturel kapital, men ikke en høj økonomisk kapital i forhold til erhvervslederen (Bourdieu, 1997, 22-23). Værdien af de forskellige kapitaler variere alt efter, hvilket felt individet er en del af. Der er derfor kapitaler der har en værdi i alle felter, men som til tider, i bestemte felter under bestemte forandringer i feltet eller lignende, kan være en overvindende trumf at være i besiddelse af, i forhold til magtbalancen (Bourdieu, 1996; 85). I forhold til det tværfaglige samarbejde, kan det være relevant at se på, hvordan en sådan magtbalance kan påvirke samarbejdet og dermed også måden det håndteres på.

Ifølge Bourdieu kan habitus ses, som en kobling af felter og kapitaler, da de begge er med til at skabe individets habitus, da habitus ikke opstår fra individet selv, men skabes af udefrakommende faktorer. Habitus kan anses som et samlet sæt af personvalg og derfor kan individer der har forskellige mængder af kapitaler og er en del af forskellige felter anskue verden vidt forskelligt. Felt og kapital kan heller ikke ses som to uafhængige parter, da kapital er med til at skabe, hvilken magtposition der er i et givet felt (Bourdieu, 1996; 86). Bourdieu beskriver det også ved, at den sociale verden ikke består af relationer eller interaktioner mellem aktører, men at den sociale verden består af objektive relationer der eksisterer uden, at det enkelte individ er bevidst herom (Bourdieu, 1996; 83-83). Indenfor de forskellige felter kæmpes der interne kampe med fastsatte regler der er skabt af de forskellige værdier og normsystemer. Reglerne kan dog ændres, da individet ikke nødvendigvis er bevidst herom. Normerne og værdierne kan være meget forskellige fra felt til felt og er derfor på ingen måde sammenlignelige, da det er meget forskelligt, hvad der binder de forskellige felter sammen (Bourdieu, 1996;85). Dette kan også ses i forhold til, hvordan en medarbejder i en bestemt organisation ikke nødvendigvis er bevidst om, at der er interne kampe eller at der er fastsatte spilleregler, men blot efterlever de værdier der er på en pågældende

arbejdsplads, hvilket i forhold til problemformuleringen kan være interessant, da det også kan afspejle, hvordan det tværfaglige arbejde håndteres.

Grænserne for et felt kan opstå når de der en del af feltet stiller adgangskrav for hvem der hører til. Dette kunne for eksempel være et krav om en bestemt uddannelse. Grænserne for et felt kan også opstå, der hvor feltet ikke længere har nogen indflydelse eller magt, altså der hvor det ikke længere har nogen egentlig betydning. De kræfter der styrer feltet, er de der er med til at vurdere, hvilke kapitaler der har en magt, samt rådighed over, hvordan feltet formerer sig selv og spreder de strukturer i feltet, som giver mulighed for at fastsætte regler, normer og værdier. (Bourdieu, 1996, 89). Som tidligere nævnt er et felt en arena, hvor der udspilles forskellige konflikter. Bourdieu nævner blandt andre, at uddannelsessystemet, staten, kirken og politiske partier kan være former for felter. Indenfor de forskellige felter, vil der være interne kampe inden for de gældende regler for feltet. (Bourdieu, 1996, 89-90). I forhold til problemformuleringen findes dette interessant, da der er en del forskellige faggrupper der indgår i specialets empiri. De forskellige faggrupper agerer forskelligt, ud fra det felt de er en del af, samtidig med at de ud fra deres uddannelses baggrund kan gå forskelligt til opgavn i forhold til, hvordan tværfagligt arbejde skal håndteres.

Når et felt skal undersøges beskriver Bourdieu, at dette kan gøres, ved hjælp af tre muligheder. Det første der skal undersøges er feltets placering i forhold til en overordnet magt og hvor stor en betydning feltet har i forhold til denne. De fleste felter vil være underlagt en overordnet magt og denne overordnet magt vil som regel være staten. Hvilket også er tilfældet i dette speciale i forhold til at regioner og kommuner hører til under staten. Som det andet skal der skabes et overblik over de interne magtkampe og de objektive relationer, de har til hinanden. Som det tredje skal individernes habitus undersøges, for på den måde at gøre sig klart, hvilken habitus der er dominerende i feltet og for derefter at kunne vurdere værdien af habitus (Bourdieu, 1996, 91-92).

7.3 Erwin Goffman

I dette afsnit vil der være en beskrivelse af Erwin Goffmans teori om hverdagslivets rollespil med udgangspunkt i begreberne, rolle, frontstage og backstage. I forhold til problemformuleringen findes denne teori relevant, da der kan argumenteres for at professionerne i et tværprofessionelt

samarbejde træder ind i forskellige roller overfor hinanden, når de skal arbejde tværprofessionelt, hvilket kan være med til at belyse, hvordan det tværfaglige samarbejde håndteres.

Hverdagslivets rollespil

Goffman antager, at når mennesker er i en social sammenhæng, vil de altid forsøge at styre det indtryk andre får af dem og den situation de indgår i (Goffman, 2014/1959; 64-65). Goffman benytter udtrykket samhandling, om individernes gensidige påvirkninger af hinandens handlinger, når de er sammen. Begreber som "optræden" og "forestilling", kan ifølge Goffman defineres, som den aktivitet et individ påtager sig for at påvirke et andet individ (Goffman, 2014/1959; 65). De individer der bidrager til andre individers optræden, kalder Goffman for publikum (Goffman, 2014/1959; 65). Begreberne "rolle" eller "rutine" benyttes når individet, benytter et på forhånd etableret handlingsmønster, som præsenteres eller gennemspilles ved flere forskellige lejligheder. Ligeledes vil der givetvis opstå en social relation, når individet træder ind i den samme rolle, gentagne gange over for det samme publikum (Goffman, 2014/1959; 65). I forhold til dette speciale kan det sættes i relation til et tværprofessionelt møde, hvor en gruppe af forskellige professioner mødes for at løse en bestemt opgave. De forskellige parter kan være i forskellige roller overfor hinanden af forskellige årsager, hvilket vil blive belyst nærmere i analysen. Da dette også er en måde at håndtere det tværprofessionelle samarbejde på findes Goffmans begreb roller relevant for dette speciale.

Når individer træder ind i en rolle over for et publikum, beder individet tilskuerne om at tage rollen seriøst. Det er ikke kun tilskuerne der skal tage rollen alvorligt, det er også individet selv, som må være så stor en del af rollen at denne også selv tror på den (Goffman, 2014/1959; 67). Goffman beskriver situationer, hvor individet er fuldstændigt overbevist af sit eget skuespil og publikummet ligeledes, hvilket typisk vil være tilfældet. Individet, der træder ind i rollen, kan også ønske at styre publikums anskuelse af rollen og dermed bruge den som redskab til et andet formål. Derfor er det afgørende for individet, hvilken opfattelse publikummet har af det eller situationen (Goffman, 2014/1959; 67).

Goffman benytter betegnelsen "Kulissen" eller "kulisserne". Kulisser kan være fysisk indretning, så som kontorer eller mødelokaler, som udgør rekvisitterne og den scene, hvor individernes drama udspiller sig. Når individet gør brug af en bestemt kulisse, kan denne ikke begynde sin optræden,

før den er i den rigtige kulisse og individet er ligeledes nødt til at afslutte optræden når kulissen forlades (Goffman, 2014/1959; 71). I forhold til problemformuleringen kan de tilstedeværende til et tværprofessionelt møde spille en rolle. Dette kan påvirke måden deltagerne anskuer hinanden på, samtidig kan lokaliseringen for mødet være med til at underbygge de roller der bliver spillet, hvilket i sidste ende kan påvirke den måde, hvorpå det tværfaglige samarbejde bliver håndteret.

Goffman benytter begrebet backstage. Backstage er oftest når individet er alene og det er her muligt at påtage sig en andre roller end dem individet træder ind i, når det er sammen med andre. Backstage beskrives oftest, som der hvor individet kan være "sig selv". Det at være "sig selv" er også en rolle individet træder ind i, men når individet er backstage er der ikke andre der agere på rollen (Goffman, 2014; 146) Backstage er derfor når individet er alene og det ikke har interaktion med andre individer. Et andet begreb Goffman benytter er Frontstage som er når individet er offentlige steder eller blot interagerer med andre mennesker, hvilket er her individet træder ind i roller, alt efter hvilken situation individet er i. Det kan både være som publikum, men også som den der "optræder" i rollen. Når individet træder ind i rollen "optræder" rollen for et publikum og det har derfor ikke mulighed for at begå fejl, da al opmærksomhed er rettet på individet. Det er derfor vigtigt at individet ikke begår fejl, ved for eksempel at træde ud af sin rolle. Når individet selv er publikum til et andet individs "optræden", er det også i en rolle, da individet der vil forsøge at observere de omkringværende og derudfra træde ind i en rolle, som er passende i situationen som publikum, for ikke at få unødigt opmærksomhed (Goffman, 2014;147-148)

7.4 Opsamling

I ovenstående afsnit er specialets teori beskrevet ved Lauvås og Lauvås, Bourdieu og Goffman. Lauvås og Lauvås teori beskriver, hvordan en organisation både kan være en socialiseringsarena og en konfliktarena, med udgangspunkt i at der nemt kan opstå konkurrence mellem fagene indenfor en organisation, men det kan samtidig også være en socialiseringsarena, som kommer til udtryk ved at de optager nye medlemmer og dermed bliver de nye medlemmer socialiseret til bestemte normer og værdier der er indlejret i organisationen. Samtidig lægger Lauvås og Lauvås vægt på, at det er vigtigt at de professionelle er opmærksomme på om der samarbejdes eller om der blot arbejdes parallelt om det samme emne. Ydermere beretter Lauvås og Lauvås om hvordan de professionelle indtager en rolle som professionelle og at der ofte er forventninger til denne rolle.

Det er vigtigt at den professionelle finder sig til rette i rollen og ikke efterlever stereotype forventninger. Derfor er det vigtigt at en professionel bliver i sin rolle og en påtager sig opgaver udenfor sin professions kvalifikationer, da arbejdet ikke længere vil være tværprofessionelt hvis ikke professionerne holder sig indenfor deres profession.

I afsnittet beskrives også Bourdieus begreb felt. Et felt er et netværk der er sammensat af objektive relationer. I et felt er individets placering afhængig af individets kapital. Indenfor et felt er der et værdisæt og normsæt der er påvirket af værdisættet. Disse kan ændres, hvis magtfordelingen i feltet ændres. De normer og værdier der er indenfor et felt er individet ikke nødvendigvis opmærksomme på, men følger dem blot. Grænserne for et felt kan opstå, når der sættes regler for hvem der kan være en del af feltet. Dette kan for eksempel være i forhold til uddannelse.

Den sidste teoretiker i afsnittet er Goffman. I dette speciale er det valgt at anvende Goffmans begreber rolle, frontstage og backstage. Goffman beskriver sit begreb rolle som noget individet træder ind i når det interagerer med andre mennesker. Når individet indtræder i rollen giver rollen en forestilling for et publikum. Publikummet er vigtigt i forhold til at bekræfte individet i den rolle det er i. I forhold til frontstage og backstage beskrives frontstage, som når individet er i interaktion med andre individer og der dermed er nogle der observerer rollen, individet er i. Ydermere beskrives backstage, som når individet er alene og der ikke er nogle der observerer rollen. Her er rollen individet træder ind i mere "sig selv".

8. Analyse

Meningskondenseringen omhandler tre temaer; etablering af samarbejde, samarbejde og kommunikation. De tre temaer udspringer af empirien og er opbygget på baggrund af, at det er emner alle informanterne omtaler, således er det fundet relevant at benytte disse tre temaer i analysen. I dette speciales analyse vil empirien blive analyseret med teorier af Lauvås og Lauvås, Bourdieu og Goffman, hvilket danner grundlag for analysen.

Teorien omkring tværfagligt samarbejde af Lauvås og Lauvås, skiller sig ud fra Goffmans rolleteori og Bourdieus begreb felt, da denne er mere abstrakt og forholder sig generelt til det tværfaglige samarbejde. Lauvås og Lauvås teori, er dermed på et meso og makro niveau, hvor den forholder sig til de større perspektiver og er udvalgt til at bidrage med et mere strukturelt perspektiv på empirien.

Goffmans rolleteori er udvalgt med henblik på at få indsigt i, hvordan individet benytter det at træde ind i en rolle til at interagere i det tværfaglige samarbejde. Goffmans teori benyttes til at analysere på mikroniveau og få en indsigt i den enkelte informants perspektiv.

Bourdies begreb felt, er udvalgt for at få et indblik i, hvordan individet agere i en organisation, samt hvordan individer agere sammen indenfor deres respektive felter. Felterne er i dette speciale sundhedssektoren og socialektoren. Denne teori anvendes derfor både på mikro og meso niveau, da der både er tale om individet, men også om, hvordan individet bliver påvirket af at være en del af en organisation.

8.1 Etablering af kontakt

Etablering af kontakt er valgt, som et af tre temaer, til at belyse specialets empiri, da etableringen af kontakt var et emne alle informanterne fandt relevant under interviewene. Til at analysere dette tema er det valgt at benytte teoretikerne Bourdieu, Lauvås og Lauvås og Goffman.

De professionelle omtaler etableringen af kontakt til det tværprofessionelle samarbejde, gentagne gange. På baggrund af dette opstår der en nysgerrighed på, hvordan etableringen skabes, samt hvad der kan være årsag til, hvis det ikke lykkes.

Etablering af kontakt.

UU-vejlederen beretter, at han ikke tager direkte initiativ til netværksmøder, samt at han generelt ikke oplever et tæt samarbejde med sundhedssektoren. Ud fra ovenstående formodes det, at det i

UU-vejlederens organisation ikke er almindeligt at tage initiativ til tværprofessionelt samarbejde. Der kan skabes en undren over, om det er på organisationsniveau dette initiativ ikke bliver taget eller om det er på individniveau. Ifølge Lauvås og Lauvås, kan det tværprofessionelle samarbejde være en målsætning på organisationsniveau, men dette er ikke en garanti for, at det lykkes på individniveau. De enkelte individer i organisationen kan for eksempel, have mangel på de nødvendige kompetencer eller ressourcer til at udføre tværprofessionelt samarbejde. Samtidig kan det også være en problematik, hvis individet ikke har en interesse i at arbejde tværprofessionelt. Dermed kan UU-vejlederens ledelse have et ønske, om at arbejde tværprofessionelt, men hvor UU-vejlederen ikke er af samme overbevisning. Samtidig kan der stilles spørgsmålstejn ved, om der samarbejdes tværprofessionelt eller blot arbejdes parallelt, hvilket vil blive uddybet senere i analysen i afsnittet omkring samarbejdet.

I interviewet udtrykker UU-vejlederen sig således, om organisationens holdning til tværprofessionelt samarbejde:

“Vi vil jo gerne. Vores leder siger, at vi gerne vil være kærester med alle. Vi har fingeren med rigtig mange steder og jeg tror der er rigtig mange der tænker UU ind, fordi uddannelse fylder rigtigt meget, lige meget hvilken sektor man kommer omkring (UU-vejleder: linje 378-381)”.

I ovenstående citat, giver UU-vejlederen udtryk for, at den organisation han er en del af, gerne vil samarbejde med alle. Det er en prioritet for organisationen at være åbne overfor alle muligheder for samarbejde, hvilket kommer til udtryk ved, at UU-vejlederen siger, at de bliver tænkt med i mange forskellige sammenhænge. UU-vejlederen giver udtryk for, at de er interesseret i at samarbejde når andre organisationer henvender sig, men som organisation tager de ikke selv initiativ til etablering af kontakt og de er derfor ikke med til at etablere det tværprofessionelle samarbejde. Ifølge Lauvås og Lauvås kan det analyseres, at det er en værdi for organisationen at deltage i det tværprofessionelle samarbejde, men at det ikke er en norm at tage initiativ til tværprofessionelt samarbejde. Derfor deltager de i tværprofessionelt samarbejde når andre henvender sig til dem, men det er ikke et samarbejde der opstår på deres initiativ. Ifølge Lauvås og Lauvås kan det argumenteres for, at det er socialiseringen i den enkelte organisation der præger, hvordan synet og holdningen til etableringen af tværprofessionelt samarbejde er. De

værdier og normer der er i organisationen, bliver overleveret gennem socialiseringen i en organisation. Det er derfor muligt at normen, om ikke at etablere tværprofessionelt samarbejde er overleveret og derfor ikke er en naturlig del af arbejdsgangen i organisationen, hvorimod deltagelse er en dominerende værdi, hvilket fører til, at det er en del af normen i organisationen. Ifølge Lauvås og Lauvås er det, som tidligere nævnt, på individniveau, at problematikkerne opstår i forhold til at samarbejde. Derfor er det vigtigt for UU-vejlederens organisation at ændre på den norm i forhold til, at UU-vejlederen ikke selv tager initiativ til tværprofessionelt samarbejde, hvis det ønskes at det tværprofessionelle samarbejde skal fortsætte, samt at medarbejderne også selv skal tage initiativ til dette.

I sammenhold til dette oplever lægen ofte, at sundhedssektoren som organisation, tager det første initiativ til etablering af tværprofessionel kontakt, specielt til socialektoren. Lægen beskriver det, som værende på baggrund af praktiske årsager, især i forhold til børn og unge med kroniske sygdomme. Med henvisning til Lauvås og Lauvås kan der, i dette eksempel, argumenteres for, at organisationen har et andet værdigrundlag, i forhold til at tage initiativ til etableringen af kontakten. Det er dermed, for lægen, en norm at tage den første kontakt. Det kan forudsættes, at der i sundhedssektoren er en norm på individniveau, om at etablere kontakten. Det er en naturlig del af deres arbejdsredskab at etablere kontakten. Lægen udtaler, at det blandt andet er for at forberede socialektoren bedre, på de mulige problemstillinger der kan opstå, når sundhedssektorens kompetencer ikke længere er tilstrækkelige, for eksempel i forhold til ansøgninger om hjælp i hjemmet eller økonomisk støtte til familien. I forhold til Lauvås og Lauvås beskrivelse af roller er det vigtigt, at de forskellige faggrupper bevarer deres egen rolleforestilling, da det er med til at gøre samarbejdet tværprofessionelt, når der er flere forskellige faggrupper der repræsenterer hver deres viden. Det er derfor vigtigt, at de opretholder deres faggruppes identitet og ydermere også de forventninger der er til deres rolle, som for eksempel læge eller socialrådgiver. Der kan være risiko for, at hvis de ikke opretholder deres identitet som faggruppe, underminerer de grænserne mellem de forskellige faggrupper og der vil derfor, som tidligere nævnt, ikke længere være tale om et tværprofessionelt samarbejde. Der kan samtidig skabes stereotype forventninger til de forskellige faggrupper. De stereotype forventninger er vigtige ikke at efterleve, da det kan skabe urealistiske forventninger til den professionelle, som ikke kan efterleves. Det er derfor vigtigt, at lægen ikke udfører opgaver der ikke er under hendes regi, da

det kan underminere det tværprofessionelle samarbejde, samtidig med at det kan skabe forventninger til lægen om, hvilke egenskaber hendes rolle skal være i besiddelse af. Samtidig kan det ifølge Lauvås og Lauvås være faggrupper, som føler en form for monopol over forskellige arbejdsopgaver. Dette gør sig ikke gældende i dette tilfælde, da sundhedssektoren og dermed lægen, er opmærksomme på, at der er arbejdsopgaver de ikke kan løse alene og derfor tager de, både som individ og som organisation, initiativet til den første kontakt til socialektoren, hvilket kommer til udtryk således:

”Jamen det her er en særlig situation med et meget lille barn og for at vi er sikre på, at familien får alt den støtte de overhovedet skal have og har brug for. Jamen så indkalder vi til et tværfagligt netværksmøde, mens forældrene er på orlov. Sådan, så vi er sikre på at forberede kommunen godt. Hvad er det her for en problemstilling og hvad tænker vi barnet har behov for (Lægen, linje 22-26)”.

Selvom lægen kan have en følelse af monopol for en bestemt opgave, kan det ses at lægen er opmærksom på, at der kan være behov for andre kompetencer til at kunne løse opgaven bedst muligt. Det kan derfor være nødvendigt at etablere kontakt til andre organisationer, da lægen ikke har mulighed for at være udøvende, for eksempel i forhold til at bevilge økonomisk hjælp til en familie. Etableringen af kontakt fra sundhedssektoren til socialektoren sker ofte på baggrund af en bekymring for et barn. Det kan derfor argumenteres for, at kontakten til tider er nødvendig og at organisationen også er lovmæssigt underlagt at orientere socialektoren.

Socialrådgiveren i socialektoren nævner på intet tidspunkt i interviewet, at hun tager initiativ til et tværprofessionelt samarbejde. Socialrådgiveren i socialektoren giver blot udtryk for, at de samarbejder tværprofessionelt når der bliver taget kontakt til dem. Socialrådgiveren i socialektoren giver udtryk for, at hun ikke har bemyndigelse til at henvise til sundhedssektoren, men at dette foregår gennem den praktiserende læge. Det kan derfor argumenteres for, at der i dette tilfælde, ligesom med UU-vejlederen, er en værdi fra organisationens side i at deltage i det tværprofessionelle samarbejde, men at der ikke er en norm om at etablere tværprofessionelt samarbejde.

Socialrådgiveren i sundhedssektoren har en rådgivende funktion i forhold til dokumentation til læger og familier, når der etableres kontakt til andre sektorer. Socialrådgiveren i sundhedssektorens jobfunktion er ydermere at etablere kontakten til tværprofessionelt samarbejde. Ved tværprofessionelle møder, som bliver afholdt på sygehuset, er det hendes funktion at være den koordinerende part, da hun har al koordineringen til møder, samt den første kontakt med alle involverede parter. I og med at socialrådgiveren i sundhedssektoren er i et felt, der ikke normalt tilhører hendes egen profession, kan der argumenteres for, at det har givet hende faglige fordele ved, at hun har via sin profession og daglige arbejde har kendskab til normerne inden for både feltet i sundhedssektoren og feltet i socialektoren. Ifølge Bourdieu er individet ikke opmærksom på de normer eller værdier der er indenfor det enkelte felt, men individet følger blot normsystemerne i de forskellige felter. Dog kan der ved socialrådgiveren i sundhedssektoren være en forståelse for disse normer, da hun er vant til at være en aktør i begge felter. Det er dog ikke en garanti for, at hun er opmærksom på disse, men blot at hun ved hvordan hun skal agere i de forskellige felter. Denne viden om normsystemer kan være en fordel, når der arbejdes tværprofessionelt, da det kan skabe en anden forståelse for andre professioner. Der kan i på baggrund af dette, være en større chance for, at socialrådgiveren i socialektoren får etableret et tværprofessionelt samarbejde. Socialrådgiveren i sundhedssektoren har en stor viden indenfor det medicinske felt og derved opnår hun en større forståelse for et felt, som hun normalvis ikke kunne have kendskab til. Der kan derfor argumenteres for, at hun har opnået en større kapital, ved at være en del af sundhedsvæsenet. Da hun dermed har en viden indenfor både det sundhedsfaglige område og det socialfaglige og ikke blot et område. Denne kapital ville hun normalt ikke have tilegnet sig, ved blot at være en del af ét felt. I henhold til hendes profession og hendes daglige arbejde med begge felter har hun opnået en større kapital, hvilket kan hjælpe hende i hendes tværprofessionelle arbejde i forhold til at etablere kontakt mellem sektorerne, hvilket også kommer til udtryk i nedenstående citat:

“Jeg ringer jo aldrig ned og siger nu skal i gøre sådan her. Jeg indleder jo altid en dialog og siger, har i behov for noget på skrift fra os af, så vil vi gerne levere det. Jeg ved, hvor afhængige de er af, at de får noget på skrift i forhold til, hvis deres revision kommer skal der jo være styr på det. Jeg tror også nogle gange de ser os som en buffer, sådan at familien går til os. Der er jo rigtig tit jeg siger til familien, at jeg tror faktisk

kommunen har gjort hvad de kan, det sker lige så tit som jeg siger, at her kan jeg godt se der er sket en fejl eller her tror jeg godt vi kan hjælpe jer lidt mere. (Socialrådgiveren i sundhedsvæsenet: linje 947-952)."

I dette citat beskriver socialrådgiveren i sundhedssektoren, hvordan hun har kendskab til arbejdsgangen i socialektoren. Der kan derfor argumenteres for at socialrådgiveren i socialektoren benytter sig af sin kapital, ved at have et kendskab til begge felter, hvilket kan fremme hendes arbejde ved at have kendskab til, hvordan arbejdsgangen er, samt hvilke redskaber de benytter i socialektoren. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at hun beskriver, hvordan hun ved, at de har behov for noget på skrift i forhold til, hvis revisionen kommer. Dette viser, at hun ikke blot har et overfladisk kendskab til socialektorens arbejdsgang, men at hun kender deres procedurer og regler, hvilket kan være nyttigt når etableringen af kontakten skal formidles. Det kan antages at socialrådgiveren i sundhedssektoren selv er opmærksom på hendes kapital og derfor også selv benytter denne til at skabe et bedre tværprofessionelt samarbejde, dog beskriver Bourdieu, som tidligere nævnt, at individet blot færdes i de forskellige felter og ikke er opmærksom på normer og værdier i et givent felt, men blot følger normsystemerne. Det kan dog, ud fra det ovenstående, argumenteres for at socialrådgiveren i sundhedssektoren har en form for forståelse for, at der er forskel på normerne i de to felter. Der kan ydermere argumenteres for, at hun derfor har nemmere ved at etablere en kontakt mellem de to sektorer på grund af hendes viden.

En anden indsigt i dette kan fås ved hjælp af Goffmans begreb roller, som kan vise, hvordan socialrådgiveren i sundhedsvæsenet træder ind i en rolle, i forhold til at navigere mellem de to sektorer, blandt andet med henblik på etableringen af en kontakt. Ved at benytte Goffmans begreb roller kan det argumenteres for, at socialrådgiveren i sundhedssektoren træder ind i rollen, som den mæglende part i mellem de to sektorer og derfor via sin rolle er med til at skabe et mere gnidningsfrit samarbejde. Ved at socialrådgiveren i sundhedsvæsenet træder ind i rollen gentagne gange overfor de andre samarbejdsparter, bliver rollen mere og mere troværdig og det kan derfor antages, at socialrådgiveren i sundhedsvæsenet kommer bedre til udtryk i sin rolle, som den mæglende part, hvilket kan argumenteres for at være en fordel, når der skal etableres en kontakt i mellem sundhedssektoren og socialektoren.

I forhold til Lauvås og Lauvås rollebegreb, må rollen ikke afvige for meget i forhold til de forventninger der er til rollen, da det dermed kan skabe konflikter. I og med at socialrådgiveren i sundhedssektorens jobfunktion blandt andet består i at koordinere tværprofessionelt samarbejde kan det antages, at rollen som den mæglende part ikke er kompliceret at træde ind i, da det via hendes jobfunktion, kan være det de andre professionelle forventer af hende. I dette tilfælde kan der argumenteres for, at det ikke skaber problemer for socialrådgiveren i sundhedssektoren at være i rollen som den mæglende part. Det kan derfor, ifølge Lauvås og Lauvås rollebegreb, antages at socialrådgiveren i socialektoren blot efterlever de forventninger, der er fra de andre professioner.

Der kan argumenteres for, at det for en organisation er en fordel at have ansatte, som har stor viden om ikke blot sit eget felt, men også samarbejdspartnernes.

Lægen understøtter i følgende citat, at socialrådgiveren i sundhedssektoren er en værdi på tværs af felterne:

“Vi bruger Anne rigtigt meget, enten til at tage den mundtlige første kontakt til kommunen eller til at læse underretningen igennem. Hun ved, hvad kommunen gerne vil og kan se det fra en socialrådgivers vinkel (Lægen: Linje 45- 47).”

I dette beskriver lægen, hvordan socialrådgiveren i sundhedssektoren benytter sig af sin kapital, da socialrådgiveren i socialektoren har kendskab til begge felter og derfor også kan rådgive parter inden for hendes eget felt i, hvordan de skal kommunikere med et andet felt. Dermed understøtter lægen socialrådgiveren i sundhedssektorens rolle, som den mæglende part mellem de to sektorer. Dette kan i henhold til Goffman, kan være på baggrund af, at socialrådgiveren i sundhedssektoren er overbevisende i sin rolle. Socialrådgiveren i sundhedssektoren kan ydermere være med til at give en større forståelse for socialektoren og sundhedssektorens arbejde, hvilket kan gavne det tværprofessionelle samarbejde, i dette tilfælde i forhold til at etablere en kontakt. Lægen giver samtidig udtryk for, i henhold til Bourdieu, at hun er opmærksom på, at der er forskellige normer inden for de to felter, ved blandt andet at berette at socialrådgiveren i sundhedssektoren ved hvad socialektoren vil have. Derved kan der argumenteres for, at lægen indirekte giver udtryk for, at hun ikke altid ved hvad socialektoren vil. Derfor benytter lægen sig af socialrådgiveren i sundhedssektorens viden, til at få en større forståelse for socialektoren. På

den måde kan lægen have nemmere ved at etablere en kontakt, samtidig med at det generelt bliver et mere enkelt tværprofessionelt samarbejde.

Opsamling på etablering af kontakt

I dette afsnit har vi undersøgt, hvordan etableringen af kontakt mellem socialektoren og sundhedssektoren opstår. Ifølge UU-vejlederen tager han ikke initiativ til at etablere en kontakt, men han giver udtryk for, at de som organisation, gerne vil arbejde tværprofessionelt, men at det blot ikke er dem der etablerer kontakten. Socialrådgiveren i socialektoren vil også gerne samarbejde tværprofessionelt, men giver også udtryk for, at hun ikke tager initiativet til at etablere en kontakt til andre sektorer. Socialrådgiveren i socialektoren begrundede dette med, at hun ikke må henvise til for eksempel sundhedsvæsenet, men at det er den praktiserende læge der gør dette. Lægen fortæller, at hun ofte etablerer kontakten mellem sektorerne og at det som oftest er på baggrund af en bekymring for et barn. Dette gør hun både ud fra et lovgivningsmæssigt syn, men også fordi hun føler der skal andre kompetencer til, end dem hun selv er i besiddelse af. Dette er analyseret med udgangspunkt i Lauvås og Lauvås, hvor det påpeges, at det er organisationens normer og værdier der påvirker at de ikke tager initiativ til etableringen af kontakt. Socialrådgiveren i sundhedssektoren etablerer kontakt til andre sektorer. Socialrådgiveren i sundhedssektoren gør dette, da det blandt andet er en del af hendes jobfunktion. Hun giver udtryk for, at de i sundhedssektoren gerne vil samarbejde og at hun benytter sin baggrund i socialektoren, som en måde, hvorpå hun kan imødekomme de andre sektorer og deres behov. Dette er analyseret med Bourdieu, da dette kan være med til at diskutere, at hun er en del af begge felter og benytter sin kapital til at etablere kontakten, ydermere er Goffman anvendt til at analysere, hvordan socialrådgiveren i sundhedssektoren træder ind i en rolle for at navigere mellem de to sektorer. Efterfølgende anvendes Lauvås og Lauvås beskrivelse af rollebegrebet, til at analysere at socialrådgiveren i sundhedssektoren, på baggrund af sin jobfunktion, blot lever op til de forventninger der er til hendes rolle. Det er nu blevet undersøgt, hvordan etableringen af samarbejdet fungerer i praksis, ydermere er der blevet analyseret på hvorfor informanterne agerer som de gør, samt hvordan sektorerne som organisationer kan have indflydelse på dette. Med baggrund i dette finder vi det interessant at

undersøge, hvordan samarbejdet håndteres efter etableringen af kontakten, samt hvordan informanterne og sektorerne er en del af dette, hvilket vil blive analyseret i næste afsnit.

8.2 Samarbejdet

I afsnittet samarbejdet, vil samarbejdet mellem de forskellige sektorer blive analyseret. I interviewene udsprang samarbejdet som emne fra alle informanterne, med udgangspunkt i, at deres indbyrdes samarbejde er en stor del af det tværprofessionelle samarbejde. Uden samarbejde ville der ikke være mulighed for at arbejde tværprofessionelt.

Udfordringer når de professionelle, ikke arbejder i samme system.

En af udfordringerne i samarbejdet kan være, når de forskellige sektors it-systemer ikke kan kommunikere med hinanden. Det giver UU-vejlederen blandt andet udtryk for ved, at det er svært at danne sig et helhedsbillede, på grund af for eksempel tavshedspligten. Det mener han, at de tværprofessionelle møder kan være med til at åbne op for, samtidig med at han føler, at der er en del dobbeltarbejde ved, at de ikke kommunikerer i samme it-system. Socialrådgiveren i sundhedssektoren er ligeledes frustreret over ikke at kunne kommunikere i samme it-system og samtidig ikke have mulighed for en direkte kommunikation. Socialrådgiveren i sundhedssektoren oplever, at hun ikke har direkte mail adresser eller telefonnumre på relevante samarbejdspartnere i socialektoren, hvilket hun mener besværliggør det tværprofessionelle samarbejde. Socialrådgiveren i socialektoren giver ligeledes udtryk for, at hun i højere grad ønsker mere dialog med relevante samarbejdspartnere i andre sektorer Dette er også lægens opfattelse. Da vi spørger lægen, om hvad hun føler patienterne får ud af, at de afholder de tværprofessionelle møder, fortæller hun, at det er hendes oplevelse, at de føler de bliver hørt og set. Hun beretter videre at det nogen gange ikke er den oplevelsen forældrene får i hverdagen, da de ofte oplever, at de forskellige parter i samarbejdet ikke er informeret om hinandens arbejde, hvilket hun giver udtryk for således:

“Der er mange, hvorfor er det i ikke snakker sammen og hvorfor er det, det ikke står i journalen. - Det er fordi vi ikke kommunikerer over samme systemer (Lægen: linje 153-156)“

Ovenstående giver også udtryk for, at det ikke blot er UU-vejlederen der finder samarbejdet svært på baggrund af de forskellige it-systemer, som de professionelle skal samarbejde i. Lægen udtrykker, som tidligere nævnt, hvordan forældrene kan blive forvirret over dette og dermed slet ikke føler, at der er et reelt tværprofessionelt samarbejde omkring deres barn. I forhold til Bourdieus begreb felt kan der argumenteres for, at det er svært for de forskellige parter at samarbejde tværprofessionelt. Der kan for eksempel diskuteres, at der er forskellige normsystemer indenfor de forskellige felter, hvilket påvirker individernes habitus og dermed også deres måde at samarbejde tværprofessionelt på, da der er forskellige oplevelser af det tværprofessionelle samarbejde. Det, at der er forskellige it-systemer indenfor de forskellige felter og at de ikke har adgang til hinandens oplysninger, kan også gøre det svært at overlevere informationer. Det kan bevirke, at det er vanskeligt at skabe sig et helhedsbillede, samt at det bliver et svært udgangspunkt for det tværprofessionelle arbejde, i og med at der er forskellige normer der skal sammenholdes.

Mere samarbejde giver bedre samarbejde.

Det er ikke blot på grund af de forskellige it-systemer, at det tværprofessionelle samarbejde besværliggøres, men også i forhold til lovgivningen. Lægen fortæller, da vi spørger hende om hvem de samarbejder tværprofessionelt med, at hun har et samarbejde med PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) og at dette kan være svært på grund af lovgivningen, men at der også kommer noget positivt ud af det tværprofessionelle samarbejde, hvilket hun udtrykker således:

“Den må vi ikke henvise direkte til. Men der er jo nogle særlige, jeg har flere sager hvor jeg samarbejdet med PPR. Hvor vi sådan snakker om, hvad tænker vi nu er næste skridt og kan det her barn have en opmærksomhedsforstyrrelse. Ja siger jeg så, men du bliver altså nødt til at skal lave en kognitiv vurdering. For hvis vi ikke har den kognitive vurdering, så ved jeg, så vil børnepsykiateren ikke tage ham. Altså på den måde, jo bedre samarbejde vi har, jo mere vi taler sammen, jo bedre hjælper vi barnet (Lægen: linje 83-88).”

I det ovenstående citat giver lægen udtryk for, at jo mere de samarbejder, jo bedre bliver resultatet. Ved at samarbejde kan der argumenteres for, at de forskellige professioner får større

kendskab til hinandens felter og derfor også får en større forståelse for de normsystemer der er indlejret i de forskellige felter. På den måde kan de, på trods af forskellige kapitaler, stadig kan skabe en forståelse for hinanden og hinandens felter. Lægen argumenterer for, at det tværprofessionelle samarbejde også giver en bedre indsats, hvilket hun beskriver således:

“Men i de tilfælde, hvor vi rent faktisk kommunikerer sammen, der går det hele meget bedre og der tænker jeg også, at vi imødekommer børnene på en meget bedre måde end hvis ikke vi kommunikerede sammen og vi kan bedre orientere forældrene om, hvad er vores plan. Fordi vi har en fælles et fælles mål og det har vi ligesom sat ord på sammen og sat det på skrift. Det her er vores fælles mål (Lægen linje:95-99).”

I forhold til ovenstående kan der argumenteres for, i henhold til Lauvås og Lauvås, at det tværprofessionelle samarbejde fungerer bedre med en helhedsforståelse mellem sektorerne, så det tværprofessionelle samarbejde er et reelt samarbejde og ikke blot to sektorer der arbejder parallelt om samme sag. I forhold til ovenstående viser dette en måde, hvorpå det tværprofessionelle samarbejde håndteres helhedsorienteret, hvilket også er det lægen beskriver i citatet. Det, at de samarbejder tværprofessionelt, kan skabe en forståelse for hinandens felter og derfor opnår de professionelle kendskab til hinandens kapital, i form af viden omkring hinandens ressourcer og evner. De bliver dermed bevidste, om hinandens kapitaler og kan på den måde bedre benytte disse. Dette kan for eksempel være i forhold til en socialrådgiver der skal bruge en udredning på et barn, men ikke har den nødvendige kapital til at kunne lave denne henvisning. Når der er et tværprofessionelt samarbejde, ville det være muligt for socialrådgiveren at kontakte lægen for at få denne til at lave en henvisning på barnet, da lægen på baggrund af det tværprofessionelle samarbejde, også ville have et kendskab til barnet.

For sent opstart af det tværprofessionelle samarbejde.

Både UU-vejlederen og socialrådgiveren i socialsektoren oplever, at det er for sent at det tværprofessionelle samarbejde opstår. Dette kan blandt andet ses i forhold til Bourdieus teori om felter, hvor der er forskellige forståelser indenfor de forskellige felter, hvilket kan ses i forhold til, hvornår de professionelle mener det tværprofessionelle samarbejde skal iværksættes. Derfor kan der argumenteres for, at der er det samme værdisæt indenfor både UU-vejlederens felt og

socialrådgiveren fra socialektorens felt, da de agerer ens i forhold til ikke at etablere samarbejdet. De følger derfor de samme normer, om ikke at etablere samarbejde. I forhold til tidligere afsnit omkring etableringen af kontakt, kan der derfor også undres over, hvorfor UU-vejlederen ikke etablerer den første kontakt, hvis han føler det er relevant, men taget i betragtning af værdisættet og de normer der efterleves, kan der skabe en forståelse for det, da han blot efterlever organisationens værdier, hvilket også gør sig gældende for socialrådgiveren i socialektoren. Socialrådgiveren i socialektoren mener, at det tværprofessionelle samarbejde bliver begrænset ved, at de ikke kan se hinandens oplysninger og observationer, på grund af de forskellige it-systemer, hvilket også var gældende for lægen og UU-vejlederen, samtidig skal der være en accept fra forældre eller den unge selv til at andre parter må inddrages. I relation til Lauvås og Lauvås tværfaglige teori er det ikke på individniveau begrænsningerne, i forhold til det tværprofessionelle samarbejde er, men mere på et organisatorisk meso niveau.

UU-vejlederen og lægen føler begge, at dette arbejde kræver mange ressourcer. Lægen udtrykker det blandt andet således:

“Det er jo ressourcekrævende og i kan godt se sådan en dag, som vi havde der. Er der rigtig mange der var kaldt ind, man bruger i hvert fald to timer både på transport og afholdelse af møde ikke. Der er tid efterfølgende, i forhold til, at skulle lave referat og opfølgning, der er ressourcekrævende at afholde de her møder. (Lægen: linje 114-117)”

I ovenstående citat kan det anses, at det ikke nødvendigvis er på individniveau der er begrænsninger for samarbejdet, men at det er på et organisatorisk plan der kan være problemer med at finde midlerne til, for eksempel at kunne afholde de tværprofessionelle møder. Der kan derfor i forhold til Lauvås og Lauvås, være et ønske om at samarbejde tværprofessionelt, men det er blot ikke en mulighed og derfor kommer det der skulle være et tværprofessionelt samarbejde måske mere til at være parallelt samarbejde omkring samme sag. Der kan ydermere, indenfor hvert felt, være et ønske og en norm om, at tværprofessionelt samarbejde skal være en prioritet, men ved at det ikke er en mulighed, på grund af manglende ressourcer, kan normerne blive nødt til at blive forandret, hvilket sker på baggrund af, at de med den stærkeste kapital indenfor et givent felt præger det at prioriterer tværprofessionelt samarbejde til ikke længere at være en del

af normsystemet, hvilket skaber et nyt normsystem, hvor tværprofessionelt samarbejde er ressourcekrævende.

Forståelse og forventninger

Ifølge lægen er det når sundhedssektoren og socialsektoren viser forståelser overfor hinanden, at det tværprofessionelle samarbejde lykkes. Til dette mener hun, at de tværprofessionelle møder har en stor relevans. Lægen mener, at jo større viden de har om hinandens arbejde og jo mere de kommunikerer, jo mere positivt er samarbejdet. Der kan dog argumenteres ud fra et retssikkerhedsmæssigt syn, at der kan opstå komplikationer ved at alle har adgang til borgernes oplysninger. Det kan dog diskuteres, i forhold til Lauvås og Lauvås teori, at der er stereotype forestillinger der kan blive afvist, ved at de forskellige parter mødes og øger oplysningsgrundlaget for deres arbejde. Socialrådgiveren i socialsektoren giver udtryk for at sin bekymring således:

”Øhm, man kan jo sige, at det udfordrende kan være, at man kan have nogle forventninger til hinanden der ikke kan indfries. (Socialrådgiver i socialsektor, Linje 727-729)”

Med udgangspunkt i ovenstående er det ifølge Lauvås og Lauvås vigtigt, ikke at leve op til de stereotype forestillinger, da det kan skabe urealistiske krav til de forskellige professioner. Det er derfor vigtigt at de professionelle i det tværprofessionelle samarbejde udvikler sig sammen, for på den måde at få opgaver og forventninger der er realistiske, da det skaber de bedste resultater. Idet individer, ifølge Lauvås og Lauvås, arbejder bedst med opgaver der er realistiske at løse, men samtidig bliver tilpas udfordret, kan der argumenteres for at dette er nemmere at imødekomme, hvis der er kendskab til andres arbejdsområder.

Ressourcekrævende at samarbejde tværprofessionelt.

Ifølge socialrådgiveren i sundhedssektoren, har det altid en positiv effekt at afholde et tværprofessionelt møde, da det er en måde, hvorpå forskellige parter kan mødes og vidensdele, hvilket ifølge socialrådgiveren fra sundhedssektoren skaber bedre resultater for de involverede

familier. Socialrådgiveren i sundhedssektoren oplever dog, at der er et stort pres på socialektoren, som begrænser det tværprofessionelle samarbejde. Hun udtrykker blandt andet, at hun har en opfattelse af, at de i nogle socialektorer bliver pålagt administrativt arbejde og derfor ikke har mulighed for at deltage i de tværprofessionelle møder. I forhold til Bourdieus begreb felt, kan der argumenteres for, at der er forskellige sammensætninger af normer indenfor de forskellige felter. Samtidig kan der være en norm indenfor socialektoren, om at prioritere administrativt arbejde. Det bliver derfor mere relevant eller nødvendigt at udføre, end at deltage i tværprofessionelle møder, som også tidligere nævnt, anses som ressourcekrævende. UU-vejlederen har ligeledes en oplevelse af, at andre faggrupper ikke prioriterer det tværprofessionelle arbejde, hvilket han udtrykker således:

“Så har de en sådan en tjekliste og så invitere de hele rækken med, men jeg har nogle gange siddet alene som UU-vejleder, hvor der ikke kommer nogen fra familieafdelingen af eller fra socialektoren... (UU vejleder: linje 401-403)”

Idet ovenstående citat vises det, at UU-vejlederen har oplevet at sidde som den eneste udefrakommende til tværprofessionelle møder, hvilket kan være en bekræftelse af, at der er forskellige normer indenfor de forskellige felter. Det kan derfor antages, at der er indenfor sundhedssektoren er en norm om, at andre arbejdsopgaver er vigtigere at prioritere, samt at det tværprofessionelle samarbejde ikke altid findes relevant. Dette kan stå i kontrast til, at alle informanterne giver udtryk for, at det tværprofessionelle samarbejde er betydningsfuldt, derfor kan det diskuteres, hvorfor det ikke bliver prioriteret og ført ud i praksis. I forhold til Lauvås og Lauvås teori om tværprofessionelt samarbejde, kommer det til udtryk, at det er på individniveau det tværprofessionelle samarbejde kan kollapse, men nedenstående citat beskriver en anden virkelighed for UU-vejlederen.

“Så må jeg jo hjem og skrive nogle flere ting. Altså jeg har oplevet det to gange. Der havde de fået direkte at vide, det var der simpelthen ikke ressourcer til. Det er selvfølgelig, fordi de er presset, det er jo klart. Det er jo ikke fordi de ikke vil de unge. Men så må de jo prioritere de opgaver der er. Men vi prøver i hvert fald i UU at være med og så må man måske have flere kasketter på end man egentlig skulle. Ikke bare

koncentrere os om uddannelse, som vi egentlig skulle, men også om alt det sociale der ligger rundt omkring. (UU vejleder: linje 409-413)“

Som tidligere nævnt, kan det diskuteres om det er på individniveau, at det tværprofessionelle samarbejde kolliderer. Ud fra ovenstående citat, kan der opstå et indtryk af, at det ikke er på individniveau/mikro niveau begrænsningen opstår, idet alle informanterne giver udtryk for, at det er gavnligt for dem som professionelle, men også for de involverede familier. Specialegruppen kan derfor blive nysgerrig på, om det er på et mesoniveau eller makroniveau begrænsninger opstår. I forhold til meso niveau kan det forestilles, at der ikke er ressourcer til at udføre det tværprofessionelle samarbejde. Det kan forestilles at være en svær prioritering for ledelsen i socialektoren, da der for eksempel skal vælges mellem administrativt arbejde eller tværprofessionelt samarbejde. Dette kan socialektoren være underlagt fra et makroniveau, hvilket ikke giver socialektoren uanede muligheder. Samtidig kan værdisættet i sektoren være med til at præge, hvilke normer der er for at udføre tværprofessionelt arbejde. Det kan derfor antages at være med til, at det er naturligt for nogle sektorer ikke at deltage i tværprofessionelle møder, samt ikke at prioritere det, da der er andre sager, der for dem virker vigtigere at prioritere. Dette illustrerer, at det ikke nødvendigvis blot er en prioritering i sektoren, men at det også skal prioriteres fra et makroniveau. Derfor kan der i dette tilfælde argumenteres for, at det tværprofessionelle samarbejde kan kollapse på både mikro, meso og makro niveau. Ifølge Bourdieu vil de fleste felter være underlagt en overordnet magt, hvilket også er tilfældet i det ovenstående, da både sundhedssektoren og socialektoren er underlagt staten som den overordnede magt. Der kan argumenteres for, at det påvirker det daglige arbejde i begge sektorer på både mikro og meso niveau, i forhold til økonomi, samt hvilke ressourcer der er tilgængelige.

Helhedsorienteret indsats.

Det tværprofessionelle samarbejde, kan medvirke til at udføre en helhedsorienteret indsats, hvilket socialrådgiveren i sundhedssektoren og socialrådgiveren i socialektoren udtrykker, ved at beskrive at børnenes problematikker ikke kan ses isoleret, hvilket socialrådgiveren i sundhedssektoren udtrykker således:

”Du kan ikke vurdere og det synes jeg næsten er overskriften, helhedsbilledet, at se et handicappet barn som en lille ø, altså et problem ude på en ø. Du bliver nødt til at have

hele Stillehavet med, var jeg lige ved at sige. Du er nødt til at have alt med rundt om det barn. Det påvirker søskende, familie arbejdsliv og skole. Du må ikke se isoleret set på problemstillingen og det synes jeg det tværfaglige møde bidrager til (socialrådgiver sygehus linje, 1085-1089)”

Socialrådgiveren i sundhedssektoren siger derfor indirekte, at et tværprofessionelt samarbejde er en nødvendighed, da alle problematikker ellers ikke bliver løst. Derfor mener hun, at selvom det tværprofessionelle samarbejde er ressourcetrækkende, skaber det de bedste resultater for børnene og deres familier. Der kan derfor argumenteres for, at socialrådgiveren i sundhedssektoren er forkæmper for, at det tværprofessionelle samarbejde skal etableres og benyttes. Dette kan være indlejret i hendes habitus, der er påvirket af de kapitaler hun har, samt hvilket felt hun er en del af. I forhold til hendes jobfunktion giver dette mening, da hun som oftest står imellem de to felter socialektoren og sundhedssektoren, på trods af at hun er ansat i sundhedssektoren. Dette sker, da hun kommunikerer meget med socialektoren samtidig med, at hun gennem sin profession er præget af forskellige normer der kommer til udtryk i hendes kapital. Socialrådgiveren i sundhedssektorens kapital er muligvis anderledes, end de kolleger hun samarbejder med i det daglige, som primært består af læger og sygeplejersker. Som tidligere nævnt, beskriver UU-vejlederen, at det tværprofessionelle samarbejde er noget hans organisation gerne vil, dog oplever han ofte, at det ikke er normen at prioritere det alle steder, da han oplever at sidde alene til for eksempel til udslusningsmøder på børnepsykiatrisk afdeling, uden for eksempel repræsentanter fra socialektoren. UU-vejlederen oplever således, at han ofte får tildelt opgaver der egentlig ikke hører under hans regi eller som han ikke selv mener, han har evnerne eller redskaberne til at løse, blot fordi at han møder op til disse møder. På den måde kommer UU-vejlederen til at træde ind i en rolle, som den der opsamler de opgaver der ikke er andre der kan løse, hvilket kan præge den rolle han indtræder i, i andre situationer. UU-vejlederen kan blive så vant til at træde ind i denne rolle, at han påtager sig at være den der løser andre professionelles opgaver, på trods af ikke at være kvalificeret hertil. UU-vejlederen understreger dog, at han ikke er i tvivl om, at de i socialektoren gerne vil de unge, men UU-vejlederen mener, at det er fordi de er under et tidsmæssigt pres og derfor ikke har muligheden for at prioritere det. Der kan argumenteres for, at være fordi, at der er en norm i socialektorens felt om, at andre opgaver har højere prioritet.

Konflikter i det tværprofessionelle samarbejde.

Lægen udtrykker, at andre professionelle ikke tager hendes henvendelser alvorlige. Der kan kommunikationen være fejlslagen, da der kan argumenteres for, at de andre professionelle ikke tager lægens rolle, som værende bekymret, alvorlig eller troværdig. Samtidig kan det ifølge Lauvås og Lauvås, som beskriver Berger og Luckmans perspektiv på roller, argumenteres at rollen som lægen træder ind i, ikke har en stærk nok rolleidentitet og derfor kan rollen nemt påvirkes eller forandres. Dette gør sig også gældende, hvis arbejdsopgaverne er dårligt defineret eller samarbejdet er uklart i forhold til hvem der gør hvad. Det kan derfor forestilles, at lægen og de professionelle hun forsøger at kommunikere med har udefinerbare opgaver, samt at de ikke ved hvad der skal gøres i samarbejdet for at få en bestemt problematik løst. Dette kan føre til at lægen ikke føler at de andre professionelle tager ansvar for barnets helbred. Samtidig kan der også stilles spørgsmålstejn ved om det er, fordi de i socialektoren har en anden norm i forhold til, hvad der skal prioriteres og at de to parter derfor har forskellige værdisæt at efterleve gennem deres indlejret normer. I forhold til det ovenstående, kan det skabe en mistillid mellem sektorerne, hvilket kan begrænse samarbejdet. Hvis en eller begge parter oplever, at de roller de andre professionelle træder ind i, ikke er troværdige, bliver samarbejdet defineret uklart, samt der kan opleves forskellige værdisæt i de to sektorer.

Socialrådgiveren i sundhedssektoren oplever generelt et godt samarbejde, med de kommuner der tilknyttet det sygehus hun arbejder for, dog er der ifølge socialrådgiveren på sygehuset en kommune der altid er meget skrappe i deres vurderinger af hvem der kan få hjælp. Dette begrænser socialrådgiveren i sundhedssektoren i hendes arbejde samtidig med, at dette føre til adskillige klagesager mod denne kommune, hvorimod hun ved samarbejdet med de andre kommuner føler, at hun er med til at lette deres arbejdsbyrde, ved at hjælpe familierne på sygehuset. Dette kan skabe en skævhed i det tværprofessionelle samarbejde, da det i nogle tilfælde kan antages, at der slet ikke samarbejdes. I forhold til Bourdieus begreb felt kan der argumenteres for, at de samme værdisæt i de forskellige socialektorer og derfor heller ikke nødvendigvis en norm, om at samarbejde med andre faggrupper. Dette kan være en måde, hvorpå

kommunen afgrænser deres felt, ved ikke at ville lade andre blive en del af det. Lægen oplever også konflikter, hvilket hun beskriver således:

".. Men igen, vi må ikke have lov til at diktere, hvad vi synes barnet skal. For det er ikke vores opgave, vi kan vurdere ud fra et objektivt synsfelt, hvad vi tænker og føler osv. Vi kan sagtens få en over snablen, hvis vi kommer til at udtale os for meget..(Lægen, linje 24-27)"

Med ovenstående beskriver lægen, hvordan det kan være svært at navigere, når felternes grænser krydses. Der kan argumenteres for, at når felternes grænser krydser hinanden kan der opstå konflikter mellem de professionelle i de to sektorer, på baggrund af at de ser på den samme familie, men ikke nødvendigvis ser de samme problematikker, samt løsninger. Årsagen til dette kan være, at de arbejder indenfor forskellige felter og derfor ikke har samme mængder af kapitaler, hvilket præger den måde de anskuer familien på. Samtidig kan det være fordi de i sundhedssektoren ikke har det samme kendskab til lovgivningen, som de har i socialektoren, hvilket gør at de ikke altid har mulighed for at have kendskab til, hvad der kan reelt kan lade sig gøre i forhold til indsatser for en familie. De tværprofessionelle møder kan være medvirkende til, at de professionelle opnår en større forståelse for hinandens felter og kapitaler. Dermed kan mængden af konflikter muligvis begrænses og kommunikationen forbedres, hvilket fører til at de professionelle i stedet opnår en større forståelse og et bedre samarbejde. Lauvås og Lauvås teori kan give et anderledes indblik i det tværprofessionelle samarbejde. De anser det både kan være en konflikt arena, hvilket opstår hvis fagene overlapper hinanden, men også en socialiseringsarena ved, at de forskellige faggrupper optager nye medlemmer og dermed er med til at reproducere sine egne gennem socialiseringen. I forhold til lægens udsagn, kan det diskuteres om fagene overlapper hinanden, da begge faggrupper udfører en vurdering af barnets eller familiens behov. Lægen udføre en vurdering ud fra det fysiske og det medicinske, hvorimod socialrådgiveren udføre en vurdering ud fra lovgivningen, samt en faglig vurdering af familien og barnets behov. I dette eksempel kan der opstå en konflikt i forhold til kompetencer der overlapper hinanden og begge faggrupper udføre en vurdering af hvad de mener er bedst, men med afsæt i to forskellige fagligheder. Dette kan ydermere også udvikle sig til en socialiseringsarena, hvor det ikke er konflikter der opstår, men en socialisering, der kan styrke det enkelte fag gennem værdier og

normer der vil blive opretholdt. Ved at et tværprofessionelt samarbejde er positivt, kan der argumenteres for, at der opstår en socialiseringsarena, ikke blot inden for det enkelte felt, men også på tværs af felterne, da de kan dele hinandens viden, hvilket socialrådgiveren fra socialektoren blandt andet udtrykker således:

“Det er jo klart, hvis jeg får at vide, at den her sukkersyge er helt ude af kontrol, er det jo ikke nu jeg skal ind og lægge de helt store planer.... Så er der også en forståelse for, at energi niveauet ikke er så stort og så kan den unge ikke deltage i det eller har fravær fra skole. (Socialrådgiver kommune: linje 712-715)”

I ovenstående citat opstår der overlapninger mellem lægen og socialrådgiverens kompetencer, hvilket fører til at de benytter hinandens faglige viden til at tage hensyn til barnets behov, samtidig med at de benytter de tilgængelige ressourcer mere effektivt. Ved at socialrådgiveren i socialektoren får en viden om barnets fysiske tilstand, samt hvilke begrænsninger det skaber for den unge og familien, kan det dermed påvirke socialrådgiveren i socialektorens beslutningsgrundlag positivt. Samtidig kan lægen opnå en større viden om lovgivningen og hvilke ressourcer der er tilgængelige for socialrådgiveren i socialektoren. Dermed bliver der ikke brugt unødvendige ressourcer på tiltag eller ønsker, som ikke kan blive en realitet. Ved at de i samarbejde finder det bedst mulige tilbud, vil familien opleve at blive tilbudt det mest optimale i forhold til deres situation. Dette vil frigøre ressourcer for familien, som kommer barnet til gode og kan føre til at lægen og sundhedssektoren oplever bedre resultater for barnets fysiske tilstand. Samtidig har lægen mulighed for at være medbestemmende i forhold til, hvilke tilbud lægen mener familien og den unge bedst kunne profitere af. På denne måde bliver der skabt en socialiseringsarena, hvor der opstår en fælles forståelse og vidensdeling, hvilket styrker både lægen og socialrådgivernes fag.

En modpol til dette kan være, at det opstår en konflikt i forhold til hvem der har ekspertisen til at vurdere hvad barnets og familiens behov reelt er. Lægen kan have manglende forståelse for, hvad der er muligt i forhold til økonomi, ressourcer samt lovgivning i forhold til socialektoren. Lægen kigger på barnet og familien med nogle andre briller end socialrådgiveren i socialektoren, da hun ikke opholder sig i samme fag eller arena, som Lauvås og Lauvås udtrykker det. Dermed er de ikke underlagt de samme værdier og normer, som socialrådgiveren i socialektoren og det kan derfor

antages, at lægen dermed skal socialiseres til at have de samme normer og værdier, for at få et realistisk syn på hvad der er muligt. Samtidig kan socialrådgiveren i socialektoren have mangel på forståelse for, hvilke medicinske behov barnet har, samt hvor stor indgriben en sygdom kan have i familiens liv. Begge syn og mangel på indsigt og forståelse for hinandens arenaer kan bidrage til at der opstår en konfliktarena, mellem lægen og socialrådgiveren i socialektoren. Denne konflikt kan nedbryde det tværprofessionelle samarbejde og dermed kan der opstå en kamp i mellem fagene, i forhold til hvem der har de afgørende kompetencer med henblik på barnets og familiens behov. Ydermere beskriver Lauvås og Lauvås, hvordan de fagprofessionelle kan have forventninger til hinandens roller som fagpersoner. Hvis de forventede roller ikke indfries kan der ligeledes opstå konflikter, hvilket i følge Lauvås og Lauvås kan løses på tre forskellige måder. Den første løsning er, at individet holder fast i sin egen rolle opfattelse og dermed forsøger at få andre til at imødekomme dem og derved opnå større selvstændighed i rollen. I forhold til ovenstående kunne et eksempel til denne løsning være at lægen og socialrådgiveren forsøgte at imødekomme hinandens roller, så de ikke ville have urealistiske forventninger til hinanden, hvilket kunne være i form af at opnå mere viden omkring hinandens roller. En anden løsning er at bukke under for det sociale pres og efterleve andres forventninger til sin rolle. I forhold til ovenstående kunne dette være, hvis blot socialrådgiveren i socialektoren efterlevede lægens forventninger til at kunne indfri alle ønsker. En tredje løsning på konflikten er i følge Lauvås og Lauvås, at opgive og forlade konflikten og på den måde at opløse samarbejdet, hvilket lægen blandt andet oplever således:

“Der er også møder, hvor det går i hårdknude. Hvor der ikke ligesom er nogen, der vil tage ansvar og det er jo knap så tilfredsstillende.

Interviewer: Hvordan kommer man så videre derfra?

Læge: Jamen, det gør man på en og anden måde. Men altså nogen gange så kommer man heller ikke videre ... Så får familien bare ikke den hjælp de skal have. Sådan er det også rigtigt mange gange, hvor de ikke får den hjælp, vi synes de skal have. (Læge: Linje 159-166)“

I ovenstående citat fremgår det, hvordan et tværprofessionelt samarbejde kan ende i en konflikt, hvor de involverede professionelle fralægger sig ansvaret og dermed opgiver at finde en løsning og

videreføre samarbejdet. Dette resulterer i, at der ikke findes en tværprofessionel løsning for familien eller den unge, hvilket kan betyde, at de ikke får det mest optimale tilbud. Ydermere er konflikten til stede, da parterne ifølge Lauvås og Lauvås ikke er villige til at imødekomme hinanden i rollerne, samt at der er forkerte forventninger til de forskellige professionelles roller. Dette er også tilfældet i nedenstående citat:

“Ja og man kan også godt sige, at jeg har haft en kollega. Hvor de lige har været til et netværksmøde, hvor vi ligesom siger: Jamen med de forhold i ligesom siger her. Kan jeg ikke tage ansvar for behandlingen, hvis I ikke kan forstå hvad det her barn har behov for, så kan jeg ikke tage ansvaret. For så ved jeg ikke, hvad der sker. (Læge linje: 252-255)”

I ovenstående citat giver lægen udtryk for at hun ikke længere er villig til at tage ansvaret for barnets helbred, fordi hun ikke oplever, at der ikke er opbakning fra socialektoren. Dermed kan det antages at lægen mener, at når socialektoren ikke er villige til at samarbejde, er det decideret skadeligt for barnet. Ud fra ovenstående kan der argumenteres for, at lægen forlader samarbejdet og opgiver konflikten og dermed opløses det tværprofessionelle samarbejde. En konsekvens ved at forlade samarbejdet kan være at familien ikke kan få den hjælp de har behov for. En anden konsekvens kan også være, i følge Lauvås og Lauvås, at de ikke er i stand til at bevare deres egen rolleforestilling og derfor er det ikke muligt at benytte deres egen rolleidentitet i deres profession. Der bliver derfor ikke skabt forskellige tanker, ej heller fremført forskellige synspunkter, hvilket fører til at det kan diskuteres, at der ikke længere er tale om et tværprofessionelt samarbejde parterne imellem. Dette kan ligeledes anskueliggøres med Goffmans rolleteori, i forhold til hvordan en konflikt kan opstå med henblik på når to faggrupper mødes og skal træde ind i deres professionelle roller overfor hinanden. Når lægen og socialrådgiveren mødes vil de ifølge Goffman begge to træde ind i en rolle, i dette rollespil er det vigtig at de tager sig selv og modparten seriøst. Det kan diskuteres om det opnås for parterne i henhold til ovenstående citat, idet hverken socialrådgiveren eller lægen når til enighed omkring barnets og familiens behov. Lægen føler ikke at socialektoren tager hendes vurdering af barnets og familiens situation alvorligt. Ifølge Goffman kan årsagen være, at lægen ikke træder ind i sin rolle troværdigt overfor sit publikum, som i dette tilfælde er socialrådgiveren og socialektoren. Derfor opstår muligheden for at socialrådgiveren

ikke tager lægens rolle alvorligt og derfor laver sin egen vurdering uden at inddrage lægens faglig viden. En anden årsag kan være at lægen ikke tager sin egen rolle seriøst og tror på den, hermed kan man ligeledes argumentere for, at lægen vil blive udfordret i at overbevise publikummet om sin rolle. Der kan ligeledes argumenteres for, at socialrådgiveren heller ikke, træder ind i sin rolle overbevisende i forhold til lægen, da lægen ikke i situationen er overbevist om socialrådgivernes vurdering af barnets og familiens behov. Det kan med Goffmans teori diskuteres, om lægen og socialrådgiverne kan øve sig i at træde ind i deres roller, for at opnå gensidig seriøsitet omkring deres rolle fremvisning og om de på denne måde kunne opnå et mere produktivt tværprofessionelt samarbejde.

Opsamling af samarbejdet

I dette afsnit er det nu blevet undersøgt, hvordan samarbejdet i det tværprofessionelle samarbejde fungerer. De professionelle giver alle udtryk for at det kan være vanskeligt at samarbejde, når deres it-systemer ikke kommunikerer sammen. På den måde kan det være svært at få indsigt i hinandens arbejde og dermed oplever de professionelle, at familierne har svært ved at gennemskue, hvorfor de forskellige parter ikke har viden om hinandens arbejde. Dette er analyseret med udgangspunkt i Bourdieu med begrebet felter, i forhold til hvordan normer og værdier påvirker måden at samarbejde tværprofessionelt. De professionelle giver også udtryk for, at jo mere de samarbejder, jo bedre bliver samarbejdet, da det skaber en større forståelse for hinandens felter. Ydermere også en bedre forståelse for hvordan de kan udnytte hinandens kompetencer positivt. Dette er analyseret med Lauvås og Lauvås med udgangspunkt i, at det er vigtigt at samarbejde helhedsorienteret og dermed sørge for ikke arbejde parallelt. Samtidig er Bourdieu anvendt til at analysere hvordan der kan opnås en forståelse for hinandens felter og kapital. UU-vejlederens og socialrådgiveren i socialektoren giver begge udtryk for, at de synes samarbejdet bliver igangsat for sent, i forhold til at kunne udbyde en tilpas indsats over for barnet og familierne. Til dette er anvendt Bourdieus begreb felt, med udgangspunkt i normer og værdier og hvordan de kan påvirke måden at samarbejde på. Ydermere er Lauvås og Lauvås anvendt til at analysere, hvordan det tværprofessionelle samarbejde kan begrænses på både mikro, meso og makro niveau. Ydermere giver alle de professionelle udtryk for, at det kan være ressourcekrævende at samarbejde og at på trods af at de gerne vil samarbejde bliver det til tider

ikke prioriteret, da der ikke er mulighed for dette fra sektorens side, hvilket er analyseret med Bourdieu og forskellige sammensættelser af normer, samt i forhold til at analysere hvorfor de professionelle agerer som de gør. Dette er også analyseret med Lauvås og Lauvås til at anskueliggøre, hvordan det tværprofessionelle samarbejde kan kollapse på flere niveauer. Der kan ifølge de professionelle opstå konflikter i det tværprofessionelle samarbejde. Disse konflikter kan blandt andet opstå på baggrund af, at de ikke har forståelse for hinandens arbejde, samt at de dermed ikke forstår, hvorfor de forskellige parter agerer som de gør. Dette er analyseret med Lauvås og Lauvås beskrivelse af roller i forhold til, at det er vigtigt for de professionelle at kende deres rolle i det tværprofessionelle samarbejde. Lauvås og Lauvås anvendes også til at analysere, hvordan det tværprofessionelle samarbejde både kan være en konfliktarena og en socialiseringsarena. Ydermere anvendes Bourdieus begreb normer til at beskrive, hvordan der kan være forskellige normer i forhold til at samarbejde og hvordan dette kan skabe konflikter.

8.3 Kommunikation

I dette afsnit vil kommunikationen mellem de to sektorer blive analyseret. Informanterne gjorde alle opmærksomme på, at kommunikationen i det tværprofessionelle samarbejde var relevant for dem, da det er kommunikationen der er med til at bygge bro mellem sektorerne.

Kommunikation, fysisk tilstedeværelse og fælles mål.

Under de tværprofessionelle møder er kommunikationen direkte mellem de professionelle, samt familien. UU-vejlederen beskriver, at de tværprofessionelle møder medvirker til han opnår en større viden omkring de unge og deres familier, samt at der bliver gjort notater om sagen, som andre professionelle senere kan have glæde af. Derfor ser UU-vejlederen kommunikationen under de tværprofessionelle møder som positiv. I forhold til Goffmans rolleteori giver de tværprofessionelle møder, som tidligere nævnt, mulighed for at alle de deltagende kan træde ind i deres roller. Lægen udtrykker samtidig, at der samarbejdes bedst når der kommunikeres tæt og der kan planlægges fælles mål, hvilket er en mulighed under de tværprofessionelle møder. Kommunikationen under møderne giver de professionelle og familien mulighed for at se hinanden fysisk, hvilket giver alle parter mulighed for at være publikum til hinandens roller, samtidig med at de er i deres egne roller. Lauvås og Lauvås beskriver, hvordan samarbejdet fungerer bedst, hvis de

der skal samarbejde udvikler sig sammen, samt at der er klare retningslinjer for hvad der forventes af hinanden og dermed også fælles mål, hvilket lægen oplever således:

“Men i de tilfælde, hvor vi rent faktisk kommunikerer sammen. Der går det hele meget bedre og der tænker jeg også, at vi imødekommer børnene på en meget bedre måde. End hvis ikke vi kommunikeret sammen og vi kan bedre orientere forældrene, hvad er vores plan. Fordi vi har en fælles et fælles mål og det har vi ligesom sat ord på sammen og sat det på skrift. Det her er vores fælles mål (Lægen: linje 92-96). “

Ved at de professionelle er fysisk tilstede ved de tværprofessionelle møder, står de mere til ansvar for det der aftales, samt alle får en del i ansvaret og det kommer ikke blot til at ligge ved en faggruppe. Ligeledes kan de professionelle diskutere, hvordan deres fælles mål kan nås, gennem deres forskellige kompetencer.

Forståelse for forskellige professioner.

I forhold til det ovenstående kan der argumenteres for at det kræver, at de professionelle bliver bevidste om hinandens kapitaler, felters normer og værdisæt. Derigennem kan der argumenteres for, at der opnås en større forståelse for hinandens felt, samt normer og dermed kan der også opstå en større forståelse for de professionelles vurderinger, i forhold til familiens behov. Denne forståelse er ikke altid til stede i de professionelles relationer, blandt andet beskriver lægen, hvordan socialektoren i nogle tilfælde ikke reagerer på hendes underretninger og at der derfor bliver indkaldt til tværprofessionelle møder. Hun beskriver, at hun benytter de tværprofessionelle møder, til at orientere om hvor alvorlig situationen er, for på den måde at opnå en forståelse for hendes felt. Lægen har en stor kapital af viden omkring sygdom, men mindre kapital i forhold til viden om lovgivning, samt økonomi i en socialforvaltning. Derfor kan det være vanskeligt for lægen at opnå forståelse fra socialektorens side, samtidig kan lægen også have besvær med at forstå socialektorens felt. Der kan derfor argumenteres for, at det er nødvendigt at bruge flere kræfter på kommunikationen, da begge felters forståelse er svær at opnå. Lægen mener, at så længe felterne bliver ved med at oplyse hinanden med mere viden er samarbejdet letter, hvilket lægen blandt andet giver udtryk for således:

“Vi overvejer faktisk, at I hvert fald lige I forhold til diabetes, at invitere alle sagsbehandlere i vores del af regionen, ind til et sådan eftermiddagsmøde, hvor vi fortæller lidt om diabetes, for eksempel hvad vil det sige at have diabetes. Så de kan sætte sig ind i, hvad det er for en problematik det drejer sig om ikke. Hvis ikke man ved hvor omfattende det er, så er det sørme også svært, at være den som der vurderer hvor meget hjælp hver enkelt familie må få ... Altså hvor vi løber panden på muren, op til flere gange, fordi vi synes ikke, de får den hjælp, de skal have og jeg tænker i bund og grund det er fordi, de ikke ved nok om hvad det er for en tilstand det handler om. Så jeg tænker da helt klart, at lidt mere viden os til dem der sidder ude og på penge-kassen (Lægen: linje 287-292).”

Lægen er af den overbevisning at manglende viden for hinandens faglige felter, skaber manglende forståelse for familiens behov. Der kan derfor argumenteres for, at hun ikke mener at de professionelle i socialsektoren har det rette grundlag for at vurdere, hvilken støtte der er optimal for familien. Ud fra lægens overbevisning kan det ifølge Lauvås og Lauvås ses, at de professionelle i socialsektoren ikke kender opgavens omfang og at det derfor bliver uoverskueligt for dem at løse denne opgave. Derfor er det vigtigt, at de professionelle i det tværprofessionelle samarbejde udvikler sig sammen. Dette gøres for eksempel ved lægens ide, om at lave et kursus for at udvide socialrådgivernes viden omkring for eksempel diabetes. Ifølge Lauvås og Lauvås trives professionelle bedst med opgaver der er realistiske og mulige at løse, hvilket netop er det lægen forsøger at opnå. Et sådant møde giver mulighed for større forståelse de professionelle imellem og der kan argumenteres for, at familiernes behov for hjælp vil blive imødekommet på en mere konstruktiv måde, da en større mængde viden kan skabe bedre forståelse. Ydermere mener lægen, at det ligeledes kunne være godt for sundhedssektoren at lære af socialsektoren. Det kan antages at skabe en forståelse af, hvilken viden og faglige argumenter socialsektoren lægger til grund for deres beslutninger. Dertil kan der også være et afhængighedsforhold mellem de to sektorer, da sundhedssektoren blandt andet er afhængige af, at deres henvendelser på for eksempel et barn eller en familie bliver taget alvorligt og handlet på. Lægen understreger til sidst, at det har stor betydning for hende at der er lydhørhed, forståelse, tid og økonomi til at arbejde tværprofessionelt.

Lokalitets betydning i mødet.

Socialrådgiveren i socialektoren beskriver, hvordan det er hende der indkalder til de tværprofessionelle møder, hvilket hun forklarer således:

“Når så datoen er lagt er det mig der sender indkaldelsen ud og så kan det godt være mig, der holder mødet og tager referat, så på den måde kan man godt sige det er mig der er ansvarlig for det bliver udført, men det er lægen der i sidste ende har ansvaret for barnet, det har jeg ikke, der har jeg mere et administrativt ansvar (Socialrådgiver i sundhedssektoren: 298-301).”

I forhold til Goffmans rolleteori og begrebet kulisser, kan det diskuteres at socialrådgiveren i socialektoren benytter omgivelserne på sygehuset, såsom mødelokaler og kontorer, som en del af sin kulisse til at underbygge sin rolle. Ved at mødet foregår efter socialrådgiveren i sundhedssektoren koordinering, er det hende der er vært for dette tværprofessionelle møde. Der kan argumenteres for, at socialrådgiveren i sundhedssektoren, samt de andre deltagere i mødet fra sundhedssektoren, benytter kulisserne til at underbygge deres roller, da det er dem der er vant i omgivelserne. Ved at mødet bliver afholdt på sygehuset, kan socialrådgiveren fra socialektoren og UU-vejlederen have vanskeligt ved at benytte kulisserne til at underbygge deres rolle, da de ikke har udvalgt kulissen og dermed ikke er i vant omgivelser. Ved at benytte kulissen til at underbygge deres roller kan det påvirke den måde kommunikationen fungerer på, ved at repræsentanterne fra sundhedssektoren kan virke meget overbevisende i deres indtræden i rollerne. Samtidig beskriver Goffman, at når der benyttes kulisser kan optræden ikke begynde før individet er i kulissen og rollen skal også afsluttes før kulissen forlades. Derfor kan der argumenteres for, at når mødelokalet forlades, stopper rollen også for de involverede. Det kan antages at når mødet slutter spiller mødedeltagerne ikke nødvendigvis længere deres professionelle rolle, men spiller derefter en personlig rolle overfor hinanden, da ikke længere er i en bestemt kulisse.

Opsamling af kommunikation

I dette afsnit er det undersøgt, hvordan kommunikation fungerer i det tværprofessionelle samarbejde. De professionelle giver udtryk for at de tværprofessionelle møder er positive fordi de

er fysisk sammen, hvilket skaber bedre indblik i hinandens arbejde. Samtidig har de mulighed for at sætte fælles mål for deres arbejde. Dette er analyseret med udgangspunkt i Goffman, i forhold til at de professionelle træder ind i deres roller og benytter dem til at "optræde" med overfor de andre professionelle. De professionelle beskriver, hvordan det til tider kan være svært at skabe forståelse for hinandens arbejde, men at det hjælper dem at deltage i de tværprofessionelle møder, da det er med til at skabe denne forståelse. Til dette har vi anvendt Bourdieu til at skabe en klarhed over de forskellige professionelles organisatoriske felt, samt Lauvås og Lauvås til at skabe forståelse for at de professionelle skal udvikle sig sammen og udvide deres viden, så de har større mulighed for at løse deres opgaver. Socialrådgiveren i socialektoren beskriver, hvordan det er hende der indkalder til de tværprofessionelle møder, når det er sundhedssektoren der er vært for møderne. Dermed har vi anvendt Goffman til at analysere, hvordan sundhedssektoren benytter kulissen i mødet bliver holdt i til at fremstå stærkere.

9. Konklusion

I dette afsnit vil vi konkludere på analyseafsnittet og dermed besvare vores problemformulering.

På baggrund af første afsnit af analysen **etablering af kontakt** kan vi konkludere, at det ikke er alle de professionelle der tager initiativ til kontakten. UU-vejlederen og socialrådgiveren i socialektoren beskriver, at de ikke tager initiativ, hvorimod lægen og socialrådgiveren i sundhedssektoren gør dette, hvilket kan være påvirket af normer og værdier i organisationen. Socialrådgiveren i sundhedssektoren har, som en del af sin arbejdsfunktion til job at etablere kontakten mellem sundhedssektoren, samt socialektoren. Lægen etablerer oftest kontakten på baggrund af en bekymring for et barn, hvor hun derfor har behov for andre kompetencer end hendes egne til at løse problematikken. Det kan dermed konkluderes, at det ikke er alle de professionelle der tager initiativ til at etablere kontakten i det tværprofessionelle samarbejde. Det er ikke en del af en fast procedure, men først når de professionelle oplever årsag hertil.

I forhold til andet afsnit **samarbejdet**, kan vi konkludere, at de professionelle giver udtryk for, at det tværprofessionelle samarbejde bliver vanskeliggjort af, at de ikke arbejder i samme it- system, samt at de ikke kan få indsigt i hinandens viden og mål, som omhandler barnet og familien.

Ydermere kan vi konkludere, at jo mere de professionelle samarbejder, jo bedre føler de samarbejdet bliver og de mener at kunne udnytte hinandens kompetencer mere positivt, hvilket

føre til at samarbejdet bliver helhedsorienteret. Vi kan konkludere, at flere af de professionelle synes, at samarbejdet bliver igangsat for sent, hvilket kan skyldes begrænsninger på både mikro, meso og makro niveau.

Vi kan konkludere, at det tværprofessionelle samarbejde opfattes som ressourcekrævende og bliver nedprioriteret af denne årsag. Ligeledes konkluderes det, at det tværprofessionelle samarbejde kan kollapse på flere niveauer og der kan ligeledes opstå konflikter i det tværprofessionelle samarbejde. Disse konflikter kan blandt andet opstå, fordi de professionelle i det tværprofessionelle samarbejde ikke har forståelse for hinandens arbejde. Derimod kan de professionelle også udvikle sig i det tværprofessionelle arbejde.

Med henblik på tredje afsnit **kommunikation** kan vi konkludere, at de professionelle oplever at kommunikationen er bedre når de mødes fysisk, til for eksempel tværprofessionelle møder. Til disse møder oplever de professionelle, at de får indblik i hinandens arbejde og at de dermed også kan skabe fælles mål for deres arbejde, på grund af den bedre kommunikation. Det kan ydermere konkluderes, at det har en betydning for kommunikationen mellem de professionelle, hvor mødet har lokalitet.

Det kan på baggrund af ovenstående konkluderes, at det ikke er alle faggrupper og sektorer, der tager initiativ til at etablere kontakten i det tværprofessionelle samarbejde og at der ikke forlægger en fast procedurer for etableringen, hvilket gør etableringen af kontakten situationsbestemt. Samtidig kan det konkluderes, at samarbejdet mellem sundhedssektoren og socialektoren kan være vanskeligt at håndtere, opstartes for sent og er ressourcekrævende, hvilket kan føre til konflikter. Samtidig giver de professionelle udtryk for at samarbejdet er positivt, udviklende og medvirkende til en helhedsorienteret indsats. Det kan ydermere konkluderes at kommunikationen håndteres bedre når de er fysisk sammen. Via kommunikationen skaber de professionelle fælles mål og får indblik i hinandens fagområder.

10. Litteraturliste

- Bourdieu, Pierre, Loïc J. D. Wacquant (1996); "*Refleksiv sociologi - mål og midler*" København, Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, Pierre (1997); "*Af praktiske grunde*" København. Hans Reitzels forlag
- Boisen, Kirsten Charlotte Blix og Grethe Teilman (2010); "*Ungdomsforskning- sundhed og sygdom*". Center for ungdomsforskning. Årgang 9. 2. september 2010. Werks offset A/S.
- Diderichsen, Finn, Maria Habroe og Else Nygaard (2006); "*At prioritere social ulighed i sundhed*". København, Institut for folkesundhedsvidenskab.
- Den danske ordbog (2016); "*Socialsektor*". 31.10.2016.
<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=socialsektor>
- Den danske ordbog (2016); "*Samarbejde*".
3.11.2016 <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=samarbejde>
- Den store danske (2016); "*Sundhedsvæsen*". 31.10.2016.
[http://Denstoredanske.dk/Krop, psyke og sundhed/sundhedsvidenskab/sundhedsvidenskabernes_terminologi/sundhedsvaesen](http://Denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/sundhedsvidenskab/sundhedsvidenskabernes_terminologi/sundhedsvaesen)
- Egelund, Tine og Knut Sundell (2001); "*Til barnets bedste. Undersøgelser af børn og familier- en forskningsoversigt*". København. Hans Reitzels Forlag.
- Goffman, Erwin (2014); "*Hverdagslivets rollespil*". Samfundslitteratur.
- Hanås, Ragnar (2006); "*Type 1 diabetes hos børn, unge og unge voksne*". Västerås. EDITA Västra Aros.
- Højholdt, Andy (2009); "*Den tværprofessionelle praktiker*". København. Hans Reitzels Forlag.
- Jacobsen, Michael Hviid, Kasper Lippert-Rasmussen og Peter Nedergaard (2010); "*Videnskabsteori – i statskundskab, sociologi og forvaltning*". Hans Reitzels Forlag.
- Jacobsen, Eva Thune (2010); "*Forebyggelse af social ulighed i sundhed – strategi 2010-2015*". Social- og Sundhedsforvaltningen, sundhedssekretariatet. Helsingør Kommune.
- Kristiansen, Søren og Hanne Kathrine Krogstrup (2015); "*Deltagende observation*" Hans Reitzels Forlag. 2 udgave.

- Lauvås, Per og Kirsti Lauvås 2006; *"Tværfagligt samarbejde – perspektiv og strategi"*. Århus 2006. Forlaget Klim. 2. Udgave.
- Olofsson, May (2010); *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel*. 2. udgave. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2012); *"Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom"*. København, Rambøll management consulting.
- Sundhedsstyrelsen (2016); *"Kronisk sygdom"*. 31.10.2016.
<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom>
- Seemann, Janne (2002); *"Distriktspsykiatrien i et organisatorisk spændingsfelt"*. København. Hans Reitzels forlag.