

Masteruddannelsen i Læreprocesser med specialisering i Arbejds miljø og Forandringsprocesser. Institut for uddannelse, Læring og Filosofi. Aalborg Universitet

Tværfagligt samarbejde ”...for ellers hænger det ikke sammen...”



Navn: Lone Kolbæk: *Lone Kolbæk*
Opgavetype: Masterspeciale
Studienummer: 20054003
Vejleder: Eva Just
Afleveringsdato: 21 Maj 2008
Tegn inkl. mellemrum: 142.919

Abstract in English

Introduction, theory and method.

This thesis has focus on the health professional's learning processes in the team collaboration. With reference to the major political attention to interdisciplinary teamwork as the solution to the health sector's quality and financial problems, and securing of patients receiving the continuity and coherence in their care. This holds e.g. within the neurorehabilitation area.

The literature showed that the papers mostly are describing how health authorities' are establishing interdisciplinary teamwork and the big advantages it gives for the patients. The papers do not illustrate the process of change and which learning challenges it is leading to. Therefore the focus for this thesis is:

How do health professionals learn to practice as interdisciplinary teams and how interdisciplinarity is developed.

Based on a socio-constructivistic thinking the theoretical framework has for improving collaboration in interdisciplinary teams and learning processes for developing the interdisciplinarity, primary been represented by papers of Lauvaas & Lauvaas (2006) and R. Stelter (2005). For expanding collective leaning processes, focusing on social learning and community of practices I have used papers of E. Wenger (2004) and for expanding individually leaning processes and transformative learning processes I have used papers of J. Mezirow (2007)

The empirical data is collected on a neurorehabilitation ward at a hospital. The ward was started in 2003 and has had a formalized team structure from the start. Two focus group interviews were carried through with representatives from the 4 professional groups which mainly forms the team structure, the social and health care assistant, the nurse, the physiotherapist and the occupational therapist. The doctor was absent.

Discussion and conclusion

It is of vital importance to the participants in the interdisciplinary teams, to have common ground in their common effort, and this is of benefit to the patients. When that is fulfilled, they estimate their common practice to come to a whole. The participants mostly have their affiliations with the mono professional community of practice. It is from there they define their identity and gain their strength to the arguments there are to be negotiated in the interdisciplinary team. The team has character of a specialist team with complementary and overlapping communities, and they act as an ad hoc-team

with institutional boundary encounter communities. Their participation will continuously be moving between their mono professional community of practice and the ad hoc-team. And you can ask, what is it going to take for the participants to act more confident as specialists in the interdisciplinary team?

Even the participants in the team say, they consider themselves equal in their cooperation, this thesis finds the team has a hierarchical structure with the nursing group as coordinator and project managers for the patient care and the team cooperation; the therapists as the experts, who comes visiting and the doctor who is absent, but anyway has a dominant position.

Furthermore a field of tension is showed as for the various conflicting situations which occur in the team cooperation. The participants solve the conflict by “avoidance” which serves to an elimination of the disagreement in the team. These disagreements are solved outside the team. But because the participants are attending in a number of cross relations in various boundary encounters, it is important to focus on how the disagreements in the team can be communicated with reference to team development. This survey shows there are need for meta-discussions which relates to how the team is working. Furthermore there are needs for focusing on team work as learning processes, where the participant’s experiences, knowledge and mental powers are challenged with reference to interdisciplinary knowledge is developed. The thesis concludes that particular the team’s handling of disagreements give rise to a critical necessary team development process, that’s is not adressed in the organisation for the time being.

Indholdsfortegnelse

Tværfaglighed på dagsordenen	1
Et udviklingsprojekt på vej	2
Tværfaglighed i uddannelse og undervisning	2
Hvad skrives der om tværfagligt samarbejde?	3
Tværfaglighed i Sundhedssektoren	4
Forskning i tværfaglighed	5
Sammenfatning	6
Afgrænsning	6
Problemformulering	7
Teori og metode	7
Videnskabsteoretisk tilgang	7
Teoretisk perspektiv	7
Begrebsafklaring	8
Profession-fag	8
Tværfaglighed	8
Tværfagligt team	8
Læring	9
Tværfagligt samarbejde - tværfagligt team	9
Udvikling af Tværfagligt Team	10
Arbejdspladskultur	10
At sætte dagsordenen	11
Sammenfatning	12
Meningskonstruktion	13
Fortolkning af erfaring og transformativ læring	13
Sammenfatning	15
Fælles praksis	15
3 dimensioner ved praksisfællesskaber	16
Gensidigt engagement	16
Fælles virksomhed	17
Fælles repertoire	17
Grænsemøder	18
Grænsemøder ser forskellige ud	18
Grænsepraksis	19
Overlapninger	19
Periferier	19
Sammenfatning	19
”Som om” praksisfællesskab	20
Tværfagligt team – et grænsemøde	20
Opsummering af teoriperspektiv	22
Empirisk dataproduktion	23
Fokusgruppen	24
Udvælgelse af fokusgruppedeltagere	25
Moderators position og funktion	25
Interviewguide	26
Interviewets gennemførelse	26

Generaliserbarhed, reliabilitet og validitet.....	27
Transskription	27
Display	28
Empirien taler.....	28
Fag og profession.....	29
Tilhørsforhold italesættes.....	29
Det monofaglige fællesskab.....	31
Sammenfatning	33
Ordne mening i erfaring.....	33
Second best	33
Orden eller kaos	35
Sammenfatning	36
Fællesskab om patientforløb	36
Fælles fodslaw.....	36
Grænsemøde	38
Grænseobjekter	39
Ping-Pong.....	41
Sammenfatning	43
Positioner og samarbejde	43
Forestillinger om samarbejde.....	43
Det fraværende teammedlem	45
Sammenfatning	47
Diskussion og konklusion	47
Primært tilhørsforhold.....	48
Godt i gang.....	48
Monofaglige karakteristika	49
Ad hoc-team.....	51
At praktisere som tværfagligt team.....	51
At undgå uenighed	52
Udvikle tværfaglighed.....	53
Perspektivering	55
En eftertanke	56
Metodediskussion.....	56
Referencer	57
Bilagsfortegnelse.....	62
Bilag 1 - Oversigt over anvendte tidsskriftdatabaser	63
Bilag 2 - Interviewguide	64
Bilag 3 - Informationsskrivelse.....	66
Bilag 4 - Samtykkeerklæring	67
Bilag 5 - Kontaktpersonmanual	68
Bilag 6 - Oversigt over anvendte forkortelser.....	69
Bilag 7 - Dansk Resumé.....	70
Bilag 8 - CD med Interviewudskrifter i pdf-format.....	72

Tværfaglighed på dagsordenen

I sundhedsvæsenet ses fænomenet tværfagligt samarbejde i stadig flere sammenhænge. I forbindelse med patientbehandling og -pleje, kompetenceudvikling af medarbejdere, praktikuddannelse af elever og studerende og i forbindelse med forskning inden for Social- og Sundhedsområdet.

Tværfaglighed fremtræder som et positivt ladet ord og signalerer dynamik og helhedsorientering i virksomheden. Tværfaglighed er blevet et mantra i den politiske debat, og har stor bevågenhed blandt politikerne kommunalt, regionalt og nationalt, hvor tværfaglighed ses som løsning på kvalitetsproblemer i den sundhedsfaglige indsats for patienter og borgere. Med indførelsen af "Kronikermodellen" i sundhedsvæsenet fremføres, at den sundhedsfaglige indsats bl.a. skal fokusere på en optimering af pleje og behandling via tværfagligt samarbejde, og at der sikres kontinuitet og sammenhæng på tværs af sektorer (SSF 2007s.2). Modellen er den seneste i en række tiltag fra Institut for Kvalitet og akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS 2007). Den har fokus på "Det gode patientforløb" introduceret i "National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet" fra 2002. Det overordnede mål med strategien er: *"at bidrage til en høj kvalitet både i forhold til den enkelte sundhedsydelse og med henblik på at sikre kontinuitet og sammenhæng i det enkelte patientforløb"*. (Sundhedsstyrelsen 2002). Der fokuseres på samarbejde på tværs af fag og sektorer i sundhedsvæsenet, for at kunne yde en målrettet og effektiv patientbehandling. Der er tillige betydelige barrierer for tværgående teamsamarbejde:

"Imidlertid er tværgående patientforløb oftest karakteriseret ved lange seje og besværlige processer på grænsefladen mellem involverede parter. I leveringen af sundhedsytelserne tænkes først og fremmest på egen funktion på eget område, hvilket ikke altid er hensigtsmæssigt, når det tværgående patientforløb vurderes. Set fra patientperspektiv giver det sig udslag i et fragmenteret sundhedsvæsen med væsentlige mangler i forbindelse med kontinuitet, koordination og informationsudveksling" (DSKS 2002)

Udviklingen stiller stadig større krav om tværfagligt samarbejde. Det gælder i forhold til flere livsstils- og kroniske sygdomme, og ændrede krav til patient- og brugerinvolvering. Også strukturændringer i sundhedsvæsenet med stadig flere komplekse behandlings- og plejeforløb, flere ambulante undersøgelser og behandlinger, daghospitaller, accelererede patientforløb, sundhedscentre og udkørende teams (Undervisningsministeriet 2006). Disse vilkår medfører forventninger til de sundhedsprofessionelles kompetencer, med henblik på effektivitet og målrettet teamsamarbejde på tværs af faggrupper, og sikring af fleksibilitet og opgaveglidning.

Et udviklingsprojekt på vej

I efteråret 2006 fik mine kolleger og jeg i kvalitets- og uddannelsesafdelingen (Kua) på et hospital i Region Midtjylland en erkendelse af, at den strøm af forventninger og krav til hospitalet om udvikling af tværfaglighed og tværfagligt samarbejde måtte betyde, at der var et behov for at fokusere tværfagligt og tværgående på læring og uddannelse, i modsætning til den vante monofaglige tilgang til såvel kompetenceudvikling som uddannelse.

Hospitalsledelsen gav sin fulde opbakning og der blev nedsat en styregruppe af ledelsesrepræsentanter og medarbejdere fra Kua. Styregruppen skulle udfærdige et kommissorium for udarbejdelsen af en tværgående lærings- og uddannelsesstrategi for hospitalet.

Efter et år var der stadig intet sket, da det havde været meget vanskeligt at få ledelsesrepræsentanterne til at finde mødetid eller møde op til aftalte møder. Denne prioritering prægede især overlæge- og oversygeplejerskegrupperne. Vi måtte meddele hospitalsledelsen, at vi satte projektet på stand by.

Jeg var frustreret over dette, for mig at se, meget vigtige udviklingsprojekt, der var i overensstemmelse med de politiske udmeldinger. Som masterstuderende delte jeg min frustration og undren med medstuderende og undervisere. Jeg var bl.a. overrasket over, at overlæger og oversygeplejersker, som repræsenterer de to største personalegrupper, ikke prioriterede projektet. Hvad der konkret var deres bevæggrunde, har jeg dog ikke forfulgt. Jeg fik i stedet en "aha" oplevelse gennem mit studie, idet Kenneth Jørgensen fra Center for organisatorisk Læring kunne henvise til lignende erfaringer med at lægernes "indmelding" i et udviklingsprojekt på hospitalsplan er en meget betydende faktor, for om et projekt overhovedet kommer i gang. Sker dette ikke, går projektet i stå (Jørgensen 2005 s.166-167).

Oplevelsen har skærpet min interesse for hvordan læring indgår og i-talesættes i de fora, hvor udvikling af hospitalets kerneydelse "det gode patientforløb" foregår på hospitals-, afdelings og teamplan. Det vil jeg gerne blive klogere på gennem mit masterspeciale.

Tværfaglighed i uddannelse og undervisning

Hospitalerne er praktiksteder for mange sundhedsuddannelser og forpligtede på at inkludere tværfaglighed. Det er beskrevet i bekendtgørelser og studieordninger for de sundhedsuddannelser, der har hospitalet som praktiksted. Desuden er nye spændende tiltag på vej i bl.a. MVU-uddannelserne, der i 2008 får nye studieordninger. Der indføres et tværfagligt modul:

"Tværprofessionel virksomhed" og "*Modulet retter sig mod sundhedsprofessioners forskelligartede*

bidrag til at fremme kvalitet, kontinuitet og tværfagligt samarbejde om patientforløb.” (UVM 2008 s.18).

Også internationale undersøgelser viser, at det er en god ide at lave fællesfaglig undervisning i prægraduate studier. Undervisningen giver deltagerne mulighed for at udvikle og styrke egen professionelle rolle, øge forståelsen for andre professioner og sætte fokus på deres egen måde at fungere på i et team (Pedersen et al. 2006).

Tværfaglighed i forbindelse med praktikforløb på hospitaler er endnu i sin vorden og det udfordrer den etablerede praksis. I den praktiske del af læge- og MVU-uddannelserne samt i social- og sundhedsassistentuddannelsen er der forskellige tiltag i gang, med henblik på at skabe læringssituationer med tværfagligt samarbejde som fokus. På Rigshospitalet lavede man i 2005 et projekt for træning af tværfaglig kommunikation og samarbejde omkring stuegang for læge- og sygeplejestuderende (Ibid). På Regionshospital Viborg og Skive er der erfaringer med, at studerende fra forskellige MVU-uddannelser deltager i særlige planlagte tværfaglige læringsforløb i forbindelse med f.eks. patienter, der har fået en apopleksi (Dalgaard et al 2007). Man har også erfaringer med at uddanne sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever sammen i afgrænsede enheder (study units), bl.a. i neurologisk afsnit N 2051 Regionshospital Skive (Projektbeskrivelse 2007).

Et mere vidtgående eksempel ses på Regionshospital Holstebro, hvor der er oprettet et tværfagligt prægraduate klinisk studieafsnit ved ortopædkirurgisk klinik i et samarbejde med cvu vita og Aarhus Universitet (Jacobsen 2007). Dette eksempel er senere blevet efterfulgt af lignende koncept på hospitalerne i Fredericia og Kolding (Arbejdsgruppe 2007) og andre er på vej. Koncepter adskiller sig fra det tidligere beskrevne, ved at flere faggrupper indgår i længerevarende læringsforløb. Det drejer sig om læge- og sygepleje-, fysioterapeut- og ergoterapeutstuderende (Jacobsen 2007). Initiativerne følges nøje af uddannelsesplanlæggere i uddannelsesinstitutioner og på hospitaler landet over. Initiativerne rækker mod uddannelse af fremtidens sundhedsprofessionelle. Men dem der skal være med til at uddanne og agere rollemodeller for samarbejde, er de medarbejdergrupper, der allerede praktiserer deres fag og samarbejder på hospitalerne i dag. Derfor vendes mit fokus igen mod dem.

Hvad skrives der om tværfagligt samarbejde?

Ved opslag på Google Scholar og i forskellige nordiske tidsskriftsdatabaser som f.eks. Sygepleien, Sygeplejersken, Den norske lægeforening, Ugeskrift for læger, Ergoterapeuten og Tidsskrift for

Dansk Sundhedsvæsen (bilag 1) er det indtrykket, at der praktiseres tværfagligt samarbejde på mange hospitalsafdelinger. I perioden fra 2002 til 2007 optræder tværfagligt samarbejde i et stigende antal artikler. Der skrives om erfaringer med at etablere tværfagligt samarbejde og de fordele der er for patient, organisation og samfund.

Tværfaglighed i Sundhedssektoren

Mange tekster tager udgangspunkt i at tværfaglighed er et begreb der er kommet for at blive (Nørgaard 2005). Berettigelsen af dette diskuteres ikke. Det spejler en normativ tilgang og forsøg på at beskrive, hvordan tværfaglighed kan blive en metode og et middel til forbedring af kerneydelsen; behandling og pleje af patienterne (ibid. 60-62).

Der er mange gode grunde til at arbejde tværfagligt med patientbehandling og pleje udtrykker overlæge Tina B. Sørensen, lungemediciner på Horsens Brædstrup Sygehuse. Hun sammenfatter erfaringer af tværfagligt samarbejde i forbindelse med en gruppe lungepatienter med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL). Konklusionen er bedre patientforløb, kortere indlæggelsestid og mere tilfredse patienter. Bl.a. fordi arbejdet på tværs betyder at de enkelte faggrupper udnytter hinandens observationer og er lige velinformerede om patientforløbsplanen (Swiatecki 2006 a,b). En spørgeskemaundersøgelse på Haugesund Sjukehus viste i 2002 at den ringe kvalitet i den palliative indsats til kræftpatienter kunne ændres betragtelig og indsatsen styrkes ved oprettelse af et tværfagligt team (Ersland et al. 2002)

Artiklerne fremstiller mange fordele ved det tværfaglige samarbejde. Om patientforløbet finder Thomsen et al. (2004) at *"Mange data kombineres, afbalanceres og sorteres, det samlede vidensniveau bliver højere og beslutningsgrundlaget bedre"* og Manniche (2001) finder at patienterne oplever, at de forskellige fagpersoner bidrager med forskellig indsats, og at der er en klar enighed om konklusioner og behandlingsstrategi.

For de fagprofessionelle beskrives ligeledes fordele. Thomsen et al (2004) finder at samarbejdet giver mulighed for at formidle det enkeltes fags ekspertise og den enkeltes individuelle erfaring, og samtidig kommer de andre faggruppers ressourcer og ekspertise i spil. Stiberg et al (2002) finder at der sker en integration af de andre faggruppers grundlag og viden og Swiatecki (2006b) finder at tværfagligt samarbejde medfører, at det enkelte medlem konstant får udvidet sin faglige viden. Der tales kun ganske lidt om ulemper ved tværfagligt samarbejde. Thomsen et al (2004) skriver direkte at ulemperne er få, fx kommer patienterne i kontakt med mange forskellige fagfolk, men

(Jonasson (2007) mener at denne ulempe minimeres nogle steder, ved at der tilknyttes en kontaktperson til patienten, som er ansvarlig for det samlede patientforløb.

Nogle af de udfordringer og barrierer der eksisterer når forskellige faggrupper skal samarbejde præsenterer Torgalsbøen som ”Språk gir makt”. Hermed signalerer hun en inkonsekvent og forvirrende sprogbrug (Torgalsbøen 2005 s 34). Psykiaterne har magten til at definere et tværfagligt felt som underlagt den medicinske fagdisciplin. Lægerne argumenterer for at psykiatrien er medicinsk og derfor påberåber de sig et medicinsk systemansvar. Hvormed psykologerne befinder sig i en marginaliseret position (ibid. 35).

Artiklerne viser at de professionelle er organiseret i teams, der har udgangspunkt i enten symptomer, fysik eller medicinsk handling/diagnose. Et *KOL-team* består af læge, sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut (Swiatecki 2006a), *Geriatrisk-team* består af geriater, sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut (Sellæg 2005 s 1019), *Sectio-team* består af jordemoder, obstetrikere og narkoselæge (Bülov-Lehnsby, et al 2006) og et *Ryg-team* består af læge, kiropraktor og fysioterapeut (Thomsen et al 2004).

Forskning i tværfaglighed

Efter års stilstand i teoriudviklingen (Lauvås & Lauvås 2006) er der i starten af det nye årtusind præsenteret flere forskningsarbejder om tværfaglighed. Her fremhæves to. Mag.scient.soc Morten Ejrnæs's empiriske undersøgelse af sundhedsplejerskers, pædagogers, læreres og sagsbehandlers holdning til socialt arbejde med udsatte børn og deres holdninger til tværfagligt samarbejde (Ejrnæs 2004). Undersøgelsen viser at der ikke er de store forskelle på opfattelser, holdninger og specielt handletendenser mellem faggrupperne, men at der er meget store forskelle på medarbejderen holdninger inden for den enkelte faggruppe. Holdningsforskelle der i det tværfaglige samarbejde først og fremmest tolkes som faggrufforskelle. Den latente uenighed kommer ofte ikke åbent til udtryk, idet der opstår konsensus om den holdning som ”sagsejeren” eller den mest indflydelsesrige teamdeltager har til spørgsmålet. Uenigheden kan dog manifestere sig som en konflikt (Ejrnæs 2004 s219).

Cand.mag., ph.d. Marianne Høyen's empiriske undersøgelse af forståelseskløften mellem forskellige faggrupper, som bygger på forskelle i faggruppernes prioriteringer, holdninger, konkrete tilgang og selvforståelse. Disse forskelle kan betyde at samarbejde mellem faggrupper kan blive hæmmet af særtræk, som de knap nok selv er sig bevidst om (Høyen 2005 s.13).

Sammenfatning

Gennem en skitsering af en undren over det vanskelige i at komme i gang med et projekt om en tværgående lærings og uddannelsesstrategi, via en efterfølgende næring af Kenneths Jørgensens fund vedr. betydningen af, at når en fremtrædende faggruppe ikke engagerer sig i projektet har det ikke mange chancer for blive gennemført, har jeg gennemført en litteratursøgning og gennemgang. Teksterne lægger særlig vægt på fordele ved det tværfaglige samarbejde. Det enkelte fags ressourcer og ekspertise kommer i spil; der sker en integration af andre faggruppers grundlag; den enkelte får udvidet sin egen faglige viden. Ulemper har kun fokus på at patienten møder flere forskellige fagfolk. Af udfordringer og barrierer fokuseres der på at sprog giver magt.

Andre udfordringer er forståelseskløften mellem forskellige faggrupper bl.a. forskelle i holdning og selvforståelse i den enkelte faggruppe og faggrupperne imellem som Ejrnæs og Høyen pointerer, foruden de problemer der kan opstå for samarbejdet og kvaliteten af patientforløbene, når der er en usikker fagterminologi i samarbejdet.

Fokus for tværfagligheden i teksterne er "det gode patientforløb". Der tegner sig et billede af en ideal begejstring. Fagpersonerne selv er optaget af resultatet - fokus er på det optimale forløb, og at tværfagligt samarbejde er noget man bare gør. Ingen tekster beskriver processen mod at blive ét team.

Afgrænsning

Udgangspunktet lå i mine erfaringer med udviklingsprojektet på hospitalet der ikke kom i gang. Min indsigt via MLP-studiet har indsnævret min interesse. Dette bidrag er derfor læringsteoretisk med fokus på tværfagligt samarbejde. Hvad er det for nogle læreprocesser, der kommer i spil i forhold til tværfaglighed, og dermed alt det som artiklerne henviser til? Hvilke læreprocesser igangsættes i udviklingen af tværfagligt team?

Når teams sammensættes er udgangspunktet at enkeltpersoner har lært at praktisere som fagpersoner, og skal lære at være fagpersoner i et tværfagligt team. Det er en udvikling mod en intentionel grundorientering, som påvirker deltagernes identitet og selvopfattelse (Stelter 2005 s.42). Der ligger potentielt også et magtballanceforhold, bl.a. forskelle i viden mellem de deltagende fag som udgangspunkt for udvikling, etablering af tværfaglighed og teamdannelse. Fokus afgrænses yderligere til udvikling af tværfaglige teams på en neurorehabiliteringsafdeling på et hospital.

Problemformulering

Hvordan lærer sundhedsprofessionelle at praktisere som tværfaglige teams og hvordan udvikles tværfagligheden?

Problemstillingen anskues i et individ- og gruppeperspektiv med fokus på læreprocesser i et tværfagligt team. Fokus vil fortrinsvis være på kollektive og kulturelle aspekter ved faggruppernes fælles læring i praksis og kun i mindre grad på individuelle læreprocesser.

Teori og metode

Videnskabsteoretisk tilgang

Dette projekt har såvel en teoretisk og læringsteoretisk som en empirisk tilgang. Projektet søger at få indsigt i en arbejdspladskultur, hvor læreprocesser udspiller sig i tværfaglige teams. Da jeg ser teamet som en social konstruktion er mit videnskabsteoretiske ståsted socialkonstruktivistisk. Dette ses i mine teorivalg.

Teoretisk perspektiv

Vigtige elementer i den socialkonstruktivistiske tænkning er en manglende tro på universelle tankesystemer, som de store legitimeringsfortællinger. I stedet lægges vægt på den lokale sammenhæng og den sociale og sproglige konstruktion af virkeligheden. Menneskets virkelighed forstås som samtale og handling, hvor viden valideres gennem praksis og derfor er relativ. Det sker på grundlag af sproglige og interaktionelle aspekter med fokus på processer frem for strukturer (Kvale 2004 s.51-52).

Til uddybning af en forståelsesramme for det tværfaglige samarbejde, beskriver jeg overordnet arbejdspladskultur med udgangspunkt i Lauvås & Lauvås (2006), Ejrnæs (2004).

Til udbybning af tværfagligt samarbejde og tværfagligt team benytter jeg tekster af cand.pæd. Kirsti Lauvås, professor Per Lauvås (Lauvås&Lauvås 2006), med henblik på hvad der er i spil for fag og professioner i forbindelse med udvikling af tværfagligt samarbejde. Hertil knytter jeg tekster af lektor i idrætspsykologi Reinhard Stelter (Stelter 2005) og læringsteoretikeren Etienne Wenger (Wenger 2004) med henblik på indsigt i kollektive læreprocesser i forbindelse med teamudvikling som socialt fællesskab. Wengers afgrænsede fokus på læringens sociale og kollektive elementer bliver han kritiseret for (Bottrup 2001b, 2002). Jeg vil ud fra en opfattelse af, at alle læreprocesser

også er forankret i det enkelte individ fokusere på, at personens baggrund, erfaringer og handlinger kommer i spil i udviklingen af tværfagligt team. Jeg vil derfor inddrage professor i voksendannelse Jack Mezirow (Mezirow 2007) med hans forståelse af transformativ læring, som den læring, der finder sted, fordi voksne mennesker har behov for at ordne meningen i sine erfaringer og denne konstruktion kan medføre transformation af personens mentale vaner Disse teorier udgør min teoretiske forforståelse, som bliver mit styringsredskab for den efterfølgende empiriske tilgang. Jeg vil senere redegøre mere konkret for, hvordan jeg arbejder empirisk. Men overordnet set laver jeg klassiske fokusgruppeinterviews med to tværfaglige teams på neurerehabiliteringsafsnit på et hospital.

Begrebsafklaring

Profession-fag

Den klassiske profession er karakteriseret ved at have en samfundsmæssig betydning og anerkendelse af fagets viden(skabs)base og færdigheder. Dens viden er baseret på abstrakte begreber og teorier, som de professionelle behøver for at kunne udøve skøn i kraft af deres professionelle faglighed. Professionen kontrollerer adgangen til faget via en anerkendt og certificeret uddannelse. Professionen er tilkendt monopol, autonomi og status, og der arbejdes ud fra fagetiske retningslinier og normer for erhvervsudøvelsen (Lauvås & Lauvås 2006, Weber 2004, Wisborg 2004). Kernefaglighed er essensen af praktikerens faglige identitet, - en kerne af umistelig indsigt orienteret mod fagets indhold, med fokus på kerneydelsen (Zeitler 2006 s. 41-42).

Tværfaglighed

Tværfaglighed står umiddelbart i opposition til kernefaglighed. Tværfaglighed er når flere faggrupper arbejder sammen om samme opgave, med hver sin faglige tilgang. Der foregår videndeling af specialkompetencer (Zeitler 2006 s.41-43, Lauvås & Lauvås 2006 s. 55).

Tværfagligt team

Det tværfaglige team har sit fundament i en fælles praksis og har et fælles projekt. I samarbejdet sker der en kombination af kundskabs- og færdighedsområder, teori og metoder, som ingen af de enkelte professionelle alene besidder. Desuden integreres teori og metode fra de forskellige

repræsenterede fag gennem professionsmedlemmernes kommunikation med hinanden til en fælles tværfaglig indsigt (Lauvås & Lauvås 2006 s. 210, Stelter 2005 s. 33-34).

Læring

Læring, udvikling, kvalificering og socialisering går i et og dermed kan læreprocesser forstås som de processer, hvor viden, forståelse, motivation, holdninger, følelser, kommunikation og socialitet indgår som en uadskillelig helhed under personens forandrings-udviklingsforløb (Illeris 1999 s 10). På arbejdspladsen sker læring i mødet mellem arbejdspladsens læringsmiljøer (det tekniske, organisatoriske og sociale læringsmiljø) og medarbejderens læringsforløb (Jørgensen & Warring 2002 s.38).

Tværfagligt samarbejde - tværfagligt team

Tværfagligt samarbejde fået en stor udbredelse i sundhedssektoren, især inden for kroniker- og rehabiliteringsområdet, og det anses som fundamentalt for rehabilitering af hjerneskadede personer – Tværfagligheden skal være så omfattende som muligt - kun på den måde kan man understøtte en rehabiliteringsproces der tager udgangspunkt i det enkelte menneskes behov og ønsker (Hoeck & Stylsvig 2004).

Tværfagligt samarbejde blev introduceret i USA i 1980'erne. Det blev svaret på at løse såvel kvalitetsmæssige som økonomiske problemer i sundhedsvæsenet. En udviskning af faggrænser og øget samarbejde mellem fagene blev vurderet som måden at give en effektiv kvalitetsservice til patienterne og skabe en balance mellem udgifter og kvalitet (Hoeck & Stylsvig 2004). Det var således ikke kun patienternes bedste eller "det gode patientforløb" der ligger bag, men også en effektiv ressourceudnyttelse (Lauvås & Lauvås 2006 s.20).

Lauvås & Lauvås pointerer, at det ikke er muligt at ikke-samarbejde i en social sammenhæng, at samarbejde under alle omstændigheder vil forekomme. Men samarbejdet kan være såvel konstruktivt som destruktivt. Tværfagligt samarbejde etableres siger de, som en fremtidsorienteret satsning, og et vigtigt led i behandling og pleje af patienten, foruden at samarbejde er vigtig for udvikling af trivsel, arbejdsglæde og for arbejdsindsatsen i det hele taget. Ofte er det dog erkendelsen af at samarbejdet ikke fungerer, der medfører at medarbejder og ledelse vælger, at der er behov for en forandring i organisationen (Ibid.2006 s.23-24).

Udvikling af Tværfagligt Team

Tværfagligt samarbejde betegnes ofte som synonymt med at flere erhvervsgrupper er repræsenteret i organisationen, om end man ikke er særlig optaget af hvad relationen består i. Lauvås & Lauvås definerer tværfagligt samarbejde som en interaktion mellem repræsentanter fra forskellige fag.

Interaktionen drejer sig om:

”-Sikring af kvalitet i arbejdet ved, at den samlede faglige kompetence bliver udnyttet maksimalt, og -udvikling af fælles kundskabsgrundlag på tværs af fag og stimulering til faglig udvikling inden for bidragende fag” (Lauvås & Lauvås 2006 s.55)

Helheden varetages ikke alene ved at de medvirkende fag i samarbejdet komplementerer hinanden.

Det fordrer en helhedsmæssig tilgang, for at nå fælles mål og at samarbejdsformen er tværfaglig.

Svaret her på er etablering af et tværfagligt team. Lauvås & Lauvås henviser til følgende definition:

”...et lille antal personer med komplementære færdigheder, som er engageret i fælles formål, præstationsmål og fremgangsmåde, som de anser sig for indbyrdes ansvarlige for” (Ibid s.210)

Det tværfaglige team er kendetegnet ved, at det har en fælles vision og mission. Teamet bygger på en fælles praksis, hvor der integreres teori og metode fra de forskellige fag, der er repræsenteret i teamet gennem deltagerne kommunikation med hinanden til en fælles tværfaglig indsigt, som ingen af deltagerne alene besidder. Teamet eksisterer i kraft af specifikke opgaver, som deltagerne er blevet enige om, og fællesskabet er præget af en særlig ekspertise og engagementet i teamet giver den enkelte en identitetsmæssig betydning (Ibid.s.210, Stelter 2005 s.14-29).

Stelter påpeger at forskning viser, at der ikke nødvendigvis arbejdes bedre og mere effektivt i teams. Det kræver en særlig indsats med nytænkning og forhandling at få samarbejdet til at fungere optimalt. Den særlige indsats har som mål at teamet når frem til at arbejde på et fælles kundskabsmæssigt grundlag og en fælles tværfaglig indsigt. Udviklingen i teamet vil være *”...som en vedvarende proces..., hvor udvikling og læring i fællesskabet er centrale elementer i processen.”* (Stelter 2005 s.13). For den enkelte deltager er der behov for udvikling af såvel faglige, som sociale, personlige og følelsesmæssige kompetencer, m.h.p. at kunne bearbejde og løse opgaverne i fællesskab (Ibid.s.14-15). Jeg vil derfor kigge nærmere på læringsmiljøet for teamudvikling, og her spiller arbejdspladskulturen er vigtig rolle.

Arbejdspladskultur

Arbejdet på en hospitalsafdeling foregår i en organisation der er kendetegnet ved et klart hierarki. Dette gælder både inden for de forskellige professioner og mellem dem. Det er traditionelt lægen,

der besidder en overordnet position i hospitalet. Den medicinske kundskab er vokset op sammen med hospitalsinstitutionen og derfor er det det naturvidenskabelige paradigme, den rationelle videnskabelige fornuft, der styrer den medicinske forskning og udvikling af lægens diagnoseredskab. Det er et redskab der er afgørende for indsatsen overfor patienterne og derfor har denne kundskab en naturlig topplacering i hierarkiet (Lindgren 1992). Der er tale om nogle dybtliggende kulturelle strukturer, og den faglige socialisering rækker langt ud over selve det faglige. Den indvirker også på personens handlen i og tænkning om livets øvrige aspekter. ”Medicinen” bliver ikke bare en teoretisk og praktisk viden, som læres gennem et studium og et efterfølgende job. Indvævet i dette, formidles samtidig en kulturel viden. Medicinen bliver dermed ikke kun en fagkultur, men også en form for arbejdspladskultur, som på en gang er udtalt og stærkt normativt (Høyen 2005 s.15+283). Under lægerne i hierarkiet befinder sygeplejerskerne sig, efterfulgt af de marginale professioner i sundhedsvæsenet. Disse er ifølge Lauvås & Lauvås alle andre professioner end læger og sygeplejersker. Det vil sige fx fysioterapeuten, ergoterapeuten og Social- og sundhedsassistenten. De udgør også en minoritet i forhold til læge- og sygeplejerskegrupperne, og det er naturligt at disse indordner sig og tilpasser sig den herskende fagkultur. (Lauvås & Lauvås 2006 s. 116).

Hospitalsafdelingen som organisation bestående af flere faggrupper sætter både ramme og kulturen for fællesskabernes aktiviteter. Professionerne mødes i det tværfaglige samarbejde med deres egen professionsdoxa med bestemte orienteringspunkter og sociokulturelle konstruktioner som udgør deres værdier, normer, meninger og opfattelser af sig selv, omgivelserne og ikke mindst af de andre faggrupper. Arbejdspladskulturen kommer til udtryk, som professionernes holdninger og forestillinger, der ofte antager karakter af fordomme (Ejrnæs 2004 s.23). Man kan få adgang til kulturen, ved at iagttage og ved at lytte til de historier, der fortælles. Ved at sætte fokus på det fælles i historierne, kan det give indblik i fælles forestillinger, som kan tillægges kulturel betydning og mening. At italesætte betydningsfulde begivenheder genskaber en bestemt version af virkeligheden, derved bliver den kulturelle forståelse en ubevidst og tavs medskab af virkeligheden, sådan som den fremtræder i praksis og i historier om praksis (Knudsen 1989 s. 35-37).

At sætte dagsordenen

Historiefortælling er en integreret del af en organisations liv. Nogle historier er særlig holdbare, fylder meget og har en stor styrke (Haslebo 2004 s. 81). At føle sig forbundet til en organisation er en essentiel drivkraft for at den kan forblive sammenhængende og overleve (Nielsen 2004 s. 21,

Stelter 2005 s. 43). Der er formelle og uformelle historier. De formelle udtrykker de officielle mål, politikker og værdier ledelsen kommunikerer ud internt og eksternt. De uformelle udtrykker de faktiske mål, kultur, de implicite værdier og opfattelser af samarbejde, konflikter, positioner mm (Nymark 2001 s.41). Faktiske mål er sjældent nedfældet skriftligt. Den manglende måleksplicitering medfører at de dermed heller ikke analyseres, diskuteres eller genformuleres i fællesskabet. I stedet bliver de resultat af uformelle grupper og enkeltpersoners prioriteringer for arbejde, dets organisering og udførelse, herunder også hvad der nedprioriteres og overses. Dette sker mere eller mindre skjult for det tværfaglige team (Lauvås & Lauvås 2006 s.117-118). Uformelle dagsordenssættere optræder i enhver organisation. Det er personer der i kraft af deres rolle, position eller profession påvirker og styrer andres arbejde langt ud over hvad den formelle eller normative magt giver belæg for. Det er den eller de personer der har de bedste evner til at argumentere, der også har den stærkeste indflydelse på hvilke temaer der dagsordenssættes og hvilke beslutninger der træffes. Kommunikationsfærdigheder og argumentationsvægt giver derfor adgang til legitim italesættelse af og definition på, hvad der er betydningsfuldt at tale om (Ibid. s.123).

Sammenfatning

Det er vist, at udviklingen af tværfaglighed har taget fart siden 1980'erne mhp at løse sundhedsvæsenets problemer vedr. kvalitet og økonomi i ydelserne. Tværfaglighed er selve fundamentet i rehabilitering af hjerneskadede patienter, og den skal være så omfattende som muligt. Desuden er tværfaglighed vigtig for trivsel og arbejdsglæde for medarbejderne. Med etablering af tværfaglige team vil medarbejderne have et samarbejdsforum hvor de komplementerer hinanden med deres faglige ekspertise. Via teamorganisering er de engagerede og der forventes at ske en udvikling af et fælles kundskabsgrundlag og fælles tværfaglig indsigt, foruden en monofaglig udvikling hos deltagerne. Dette kan kun ske gennem en betydelig faglig-, social-, personlig- og følelsesmæssige kompetenceudvikling hos deltagerne. Den udvikling kan både fremmes og hæmmes af læringsmiljøet og her er arbejdspladskulturen en vigtig medspiller. Arbejdspladskulturen påvirkes særligt af den medicinske logik, som andre faggrupper og professioner i udstrakt grad tilpasser sig. Den udgør en del af de orienteringspunkter og sociokulturelle strukturer, herunder værdier, normer, og forestillinger, som kommer til udtryk i de historier de fortæller om deres fællesskab og profession. Formelle historier udtrykker officielle mål, værdier og politikker og uformelle historier udtrykker deltagerne værdier og opfattelser af bl.a. samarbejde og konflikter. Den uformelle historie vil fortrinsvis udtrykke det, den profession eller

person, der har en position der lyttes til, definerer. Der kan være flere faktorer der afgør hvilken position der lyttes til, hvilken dagsorden der italesættes og hvilke beslutninger der træffes. Det baseres på hierarkisk position, kommunikations- og argumentationskompetence.

Meningskonstruktion

For at blive deltager i det tværfaglige team skal personen både have adgang og det skal give mening. Her tager jeg udgangspunkt i at de enkelte deltager gennemgår nogle individuelle læreprocesser og at disse finder sted parallelt med kollektive læreprocesser.

Fortolkning af erfaring og transformativ læring

Ethvert menneske ser verden fra sit eget perspektiv, siger Stelter og peger på, at personen skaber mening i sit liv på basis af egen historie, personlig erfaring, emotionel orientering, evner, forventninger, intentioner og målsætninger i forbindelse med involvering i specifikke situationer. Den personlige mening udvikles i de handlingsforløb, som personen indgår i. Meningsudvikling bygger i sin grundlæggende form på en kropslig og sanselig involvering i en specifik praksis og i konkrete handlingsforløb. Denne involvering bygger på individets intentionelle og grundlæggende kropslige relationer til sin omverden og kommer til udtryk i bestemte vaner, rutiner og grundlæggende holdninger til situationen (Stelter 2005 s.29). Enhver involvering udvikler en kropslig forankret og overvejende tavs og situeret viden. Samtidig udvikles en dybere mening med situationen, som også påvirker den sproglige diskurs (Ibid. s 30). Det kommer til udtryk som implicit tavs kundskab eller som specifikke begreber og udtryk.

Personen konstruerer mening gennem fortolkning af erfaring i forhold til grundlæggende antagelser, dannet gennem opvækst, uddannelse mm. Det sker, siger Mezirow, fordi et menneske har:

”Et påtrængende behov for at forstå og ordne meningen i vores erfaringer og integrere den med det, vi ved i forvejen for at undgå truslen fra kaos. Hvis vi ikke er i stand til at forstå, vender vi os ofte mod traditionen, griber tankeløst til forklaringer fra autoriteter eller søger tilflugt i forskellige psykologiske mekanismer som projektion og rationalisering for at skabe en oplevelse af mening” (Mezirow 2000, s, 89).

Den måde man kategoriserer på, er udtryk for mentale vaner. De udgør de strukturer, regler, kriterier, koder og skemaer, værdier, personlighedstræk og dispositioner som vores tanker, følelser og handlinger baserer sig på (Mezirow 2007 s.116).

De mentale vaner fungerer som orienterende måder at tænke, føle og handle på, og er påvirket af forskellige antagelser af kulturel, social, sproglig, uddannelsesmæssig og politisk karakter. De

kommer således til udtryk i bestemte synsvinkler som resulterer i bestemte fortolkninger. Disse kan efterfølgende bruges som vejledning for den voksnes beslutninger og handlinger, og derved bliver det at skabe mening også til læring (Mezirow 1990 s. 67).

Ifølge Mezirow er det centralt i voksnes læring – at reflektere over tidligere læring og vurdere gyldigheden af den i de aktuelle omstændigheder, som en kritisk undersøgelse af handlegrundlagets berettigelse (Mezirow 1990 s.70). Mezirow benævner det *kritisk refleksion*. Der kan være tale om kritisk refleksion i forhold til andres antagelser eller kritisk selvrefleksion i forhold til ens egne antagelser (Mezirow 2000, s. 98), eksempelvis lært gennem uddannelse og profession. Kritisk selvrefleksion kan involvere, at man må sætte spørgsmålstegn ved gyldigheden af et meningsperspektiv (Mezirow 1990, s. 76), som f.eks. en monofaglig synsvinkel, der længe er taget for givet. Refleksion kan medføre læring, som er enten konfirmativ eller transformativ. Ved konfirmativ læring bliver man bekræftet i gyldigheden af tidligere læring, og ved transformativ læring sker der transformation af meningsperspektiver (Wahlgren et al. 2002, s. 159). Mezirow definerer transformativ læring, som den proces hvor voksne omdanner problematiske referencerammer¹, antagelser og forventninger, således at de bliver ”*mere omfattende, indsigtfulde, fordomsfri, reflekterende og følelsesmæssigt åbne for forandringer*”. Referencerammen omfatter både kognitive, viljesmæssige og følelsesmæssige komponenter og er sammensat af to dimensioner. Som *mentale vaner* udtrykt i bestemte *synsvinkler* (Mezirow 2007 s.115).

De transformationer der sker kan være *skelsættende*, som når pludselige større omstillinger af de mentale vaner indtræffer ved f.eks. betydende kriser. Transformationerne kan også være mere *kumulative* som når en rækkefølge af indsigter, der indebærer forandringer af synsvinkler, fører frem til en transformation af de mentale vaner (Mezirow 2007 s.118). De mentale vaner giver en oplevelse af stabilitet, sammenhæng og identitet. Transformationen vil altid være præget af modstand, progressions- og regressionsinteresser, og modstanden kan føre til såvel offensive som defensive akkommodationer (Wahlgren et al. 2002, s.169). At indgå i transformativ læreproces kræver bl.a. modenhed, tryghed, og understøttende relationer og omgivelser foruden følelsesmæssig intelligens (Mezirow 2000, s.94). Størstedelen af den transformativ læring sker dog uden opmærksomhed, idet intuitionen træder i stedet for den kritiske refleksion over antagelser.

¹I forskellige tekster benyttes forskellige begreber: Referenceramme -mentale vaner -meningsperspektiv – meningsstrukturer. Referencerammer udgør de kulturelle og sproglige strukturer (indstillinger, mentale vaner og meningsperspektiver) hvorfra den voksne skaber mening ved at tilskrive erfaringer sammenhænge og betydninger. Referencerammer skaber og afgrænser selektivt den voksnes perception, kognition og følelser. Det sker ved at forudisponere hensigter, overbevisninger forventninger og målsætninger. Dvs. nogle forhåndsindstillinger der fastlægger retningen for den voksnes handlinger (Mezirow 2007).

Transformativ læring er ifølge Mezirow en meta-kognitiv proces, ”*hvor igennem voksne mennesker lærer selv at tænke kritisk i stedet for at tage de antagelser, der underbygger et synspunkt, for givne*”.

Dvs. kritisk vurdering af grundlaget, karakteren og konsekvenserne af mentale vaner og *-deltagelse i dialektisk diskurs* mhp. at efterprøve den bedst mulige refleksive bedømmelse (Mezirow 2007 s.118-131).

Sammenfatning

Mentale vaner fungerer som orienterende måder at tænke, føle og handle på og disse kommer til udtryk i bestemte synsvinkler der giver mening for personen. At skabe mening er udtryk for at der har fundet læring sted via refleksion, som er helt centralt for voksnes læring. Læringen kan være såvel konfirmativ som transformativ. Disse individuelle læreprocesser er på spil hos de enkelte fagpersoner, i den fælles praksis. Jeg vil herefter kigge nærmere på kollektive læreprocesser som også kommer i spil.

Fælles praksis

For at forstå de sociale processer der udformer sig når personen indgår i et praksisfællesskab er den individuelle kropslige og erfaringsbaserede mening et vigtigt grundlag. I det tværfaglige team sker der en forhandling, ud fra deltagernes positioner, som baserer sig på de individuelle, kropsligt forankrede og erfaringsbaserede meninger i den konkrete situation. I dette forløb mister den enkelte imidlertid sit personlige ejerskab til definition eller meningstilskrivning af situationen (Stelter 2005 s. 30). I mødet med andre deltagere, både via konkret handling og sproglige diskurser, er det det sociale praksisfællesskab, der både som helhed og overordnet overtager retten til at definere situationen. Stelter tager hermed udgangspunkt i teamet som et socialt praksisfællesskab på grundlag af Wengers fremstilling af praksisfællesskabet, som et fællesskab hvor mennesker er optaget af at udøve forskellige former for virksomhed sammen, engagerer sig i udøvelsen af dem og interagerer med hinanden for at lære at gøre det, de nu gør (Wenger 2004 s. 59-91)

Det er den fælles praksis og den sociale diskurs, der er omdrejningspunkter i den meningsskabende proces. Igennem denne forståelse tillægges den enkelte deltager ikke en bestemt rolle i det sociale system, men en position, hvorfra perspektivet formes, siger Stelter med henvisning til Haslebo (Stelter 2005 s.31). En vellykket diskurs medfører et nyt perspektiv for alle parter i det sociale fællesskab. Derfor giver det heller ikke mening at tale om ”kompromis” i praksisfællesskabet. Der eksisterer kun nye virkeligheder, som skabes og genskabes i fællesskabet, det sker gennem den

fælles praksis og den interpersonelle kommunikation. Stelter betegner det som "et tredje sted", som et udtryk for en ny forståelse af situationen og virkeligheden, som løfter sig over de involverede personers oprindelige syn og position (Ibid. s.31).

Teamet har sit fundament i den fælles praksis og Stelter henviser til Wenger for sammenkoblingen af handling og struktur, via de centrale begreber praksis og fællesskab. Praksis udformer sig i fællesskabets sociale rum, hvor læringen foregår på basis af deltageres fælles virksomhed. Wenger sammenkobler praksis og fællesskab ved hjælp af 3 dimensioner ved praksis, som kilde til fællesskabssammenhæng; *-gensidigt engagement, -en fælles virksomhed og et fælles repertoire.* Herigennem konkretiseres teamet som et særligt praksisfællesskab (Stelter 2005 s. 34-36). Jeg vil i det følgende fremstille de tre dimensioner ved praksisfællesskab på baggrund af Wengers egen fremstilling (Wenger 2004 s. 92-95).

3 dimensioner ved praksisfællesskaber

Gensidigt engagement

Et praksisfællesskab dannes, når mennesker etablerer og opretholder tætte relationer af gensidigt engagement, organiseret omkring de opgaver og handlinger de er fælles om. Det fordrer at deltagerne er i stand til og har lov til at tale og interagere med hinanden, mens de arbejder, for der igennem at muliggøre et engagement i et fællesskabs praksis (ibid. s.92). Engagementet sker gennem deres arbejde sammen, deres tale med hinanden, udveksling af information og mening og påvirkning direkte af hinandens forståelse helt rutinemæssigt, med udgangspunkt i den enkeltes unikke plads og unikke identitet, som både integreres og defineres yderligere i løbet af engagementet i praksis. Deres identiteter sammenføjes og forbindes via gensidigt engagement, men de smelter ikke sammen (Ibid. s. 93-94).

Gennem det gensidige engagement er deltagerne forbundet med de andre deltagers kompetencer. Gensidigt engagement er i den forstand partiel, og i en fælles praksis er denne partialitet både en ressource og en begrænsning. Dette viser sig især i teams med komplementære bidrag - men ses også, hvor der er overlappende bidrag. Udvikling af en fælles praksis beror i begge typer af fællesskaber på gensidigt engagement. Sådanne to typer af fællesskaber, hvis praksisser konstitueres af forskellige partialitetsrelationer blandt deltagerne, har forskellige virkninger. For deltagerne er det en fordel at tilhøre begge typer fællesskaber. På den måde kan synergien dyrkes af de to former for engagement, at være specialist i et team med deraf komplementære kompetencer og

samtidigt høre til et praksisfællesskab af monofaglige kolleger, der netop har deres specialisering til fælles (Ibid. s 94).

Der kan ikke forventes fredelig sameksistens i praksisfællesskaber. Der vil naturligt foregå uenigheder, spændinger og konflikter mm. Hertil er Wengers pointe at en deltagelse der viser uoverensstemmelse, oprør mm. ofte er udtryk for et større engagement end passiv konformitet (Ibid. s 94). En fælles praksis forbinder således deltagerne på forskellige komplekse måder. Disse gensidige relationer er:

” komplekse blandinger af magt og afhængighed, lyst og smerte, ekspertise og hjælpeløshed, succes og fiasko, overflod og afsavn, alliance og konkurrence, velvære og kamp, autoritet og kollegialitet, modstand og eftergivenhed, vrede og ømhed, tiltrækning og modvilje, sjov og kedsomhed, tillid og mistænksomhed, venskab og had. Praksisfællesskaber har det hele” (Wenger 2004 s 95).

Fælles virksomhed

Virksomheden der holder et praksisfællesskab sammen er resultat af en kollektiv forhandlingsproces. Praksis formes på afgørende måde af betingelser der ligger uden for deltageres kontrol. Alligevel skabes dens daglige virkelighed af deltagerne inden for rammerne af betingelser, som de opfatter som ressourcer og begrænsninger. Betingelser, ressourcer og krav former kun praksis, som disse er blevet forhandlet af fællesskabet. Dvs. at betingelserne undergår en forhandling i fællesskabet og praksis godt kan manipuleres eller trues gennem den magt, som institutioner, forskrifter eller enkeltpersoner har over for et fællesskabs praksis (Wenger 2004 s.98). Forhandling af en fælles virksomhed skaber desuden relationer af gensidig ansvarlighed blandt de involverede. Nogle aspekter af ansvarligheden kan tingsliggøres. Det gælder f.eks. regler, metoder normer og mål, men andre drejer sig også om anerkendelse over for hinandens indsats, at arbejde for specifikke mål, som bliver aftalt i forbindelse med bestemte opgaver og som således forhandles på plads i fællesskabet. Denne ansvarlighed gennemsættes i fællesskabet, uden nødvendigvis at kunne verbaliseres (Wenger 2004 s.100). En fælles virksomhed er således en proces, der både videreudvikler praksis, holder den fast og styrer den social energi i praksis (Ibid. s.100).

Fælles repertoire

Et praksisfællesskabs repertoire udvikles og forandres gennem den fælles virksomhed og omfatter gestus, symboler, handlestrategier, fortællinger, handlinger eller begreber som fællesskabet producerer eller indoptager gennem sin virksomhed, f.eks. medicinske udtryk. Repertoiret omfatter

også den diskurs, hvormed medlemmerne skaber meningsfulde udsagn om verden og om deres identitet som medlemmer af et fællesskab (Wenger 2004 s.101).

Grænsemøder

Et praksisfællesskab kan ikke betragtes isoleret fra resten af verden, ej heller forstås uafhængigt af andre praksisser. De forskellige virksomheder er tæt forbundet med deltagerne og deres artefakter. Der er en diskontinuitet mellem dem der er indenfor og dem der er udenfor et praksisfællesskab. Det kræver stor forandring at gå fra ét praksisfællesskab til et andet og diskontinuiteten viser sig ”ved den læring der er forbundet med at krydse dem” (Wenger 2004 s.125). Et engagement i et praksisfællesskab indebærer samtidigt et vist omfang af relaterede praksisfællesskaber og baglande uden fælles praksis. I et hospital betyder det, at for et sygeplejerske-praksisfællesskab, er der relaterede praksisfællesskaber fx fysioterapeuterne og ergoterapeuterne. Ved at træde ind i et praksisfællesskab, træder man også ind i dets relationer til andre praksisfællesskaber. Man kan også deltage i flere praksisfællesskaber samtidigt (Ibid. s.126).

Både deltagelse og tingsliggørelse kan skabe forbindelser over grænser. De udgør komplementære forbindelser. Et praksisfællesskabs grænse er i nogle tilfælde tingsliggjort. Det ses og høres f.eks. ved en faggruppes fagudtryk, nuancer og jargon, som viser hvem der hører til og ikke hører til et praksisfællesskab. Wenger kalder disse udtryk for grænseobjekter. Grænseobjekter kan også være dokumenter, der som standardiserede tingsliggørelser tjener som koordinationsmekanisme mellem to praksisfællesskaber. Grænseobjekter både forbinder og adskiller og de muliggøre koordination over grænsen, dog uden at bygge bro mellem de forskellige fællesskabers perspektiver og meninger (Ibid s.128).

Grænsemøder ser forskellige ud

Grænsemøder kan være sammenkomster, samtaler eller besøg. Praksis kan også fungere som forbindelsen (Wenger 2004 s.135). I den sammenhæng er praksis kilden til egen grænse ud fra de 3 dimensioner; *deltagelse*, hvor tætte relationer og måder at engagere sig med hinanden samtidig gør, at andre har svært ved at få adgang. Den komplekse forståelse af *virksomheden* er en definition, som andre ikke deler og deres udviklede *fælles repertoire* har andre ikke fælles reference til. Med praksis som forbindelse, tilbyder den nogen at gøre noget sammen -en virksomhed, hvor man forhandler divergerende meninger og perspektiver. En sådan forbindelse får med tiden sin egen

historie siger Wenger (Ibid s.136). De måder praksis kan fungere som forbindelse på, beskriver Wenger som grænsepraksis, overlapninger og periferier.

Grænsepraksis

Grænsepraksiser er almindelige i organisationer. Det kan være en arbejdsgruppe eller forretningsudvalg. Her drejer virksomheden sig om at tage sig af grænser og opretholde forbindelse mellem en række praksisser ved at behandle konflikter, harmonisere perspektiver og finde løsninger (Wenger 2004 s.137). Med tiden kan der skabes et nyt praksisfællesskab med de nye arbejdsrelationer, der dermed bygger bro mellem deres respektive praksisser og mellem organisationer. Sådanne nye praksisfællesskaber risikerer at blive så selvstændige at de isolerer sig fra de praksisser, de skulle forbinde. Det der startede som en grænsepraksis kan ende med at blive et selvstændigt praksisfællesskab.

Overlapninger

Denne form for praksisbaseret forbindelse er resultat af vedvarende overlapning mellem to praksisser. Det kan være et team bestående af ”eksperter” der har en selvstændig enhed, med relationer, møder, administrative strukturer – deres egen praksis. Deltagerne i teamet har hinanden ”ved hånden” samtidigt med, at de har en hjemsted - et praksisfællesskab, hvor de også deltager. Det vil sige engagement i to fællesskaber, der skaber overlapning mellem deres praksisser. En sådan overlapning muliggør samtidig megen læring for begge fællesskaber (Wenger 2004 s.139).

Periferier

Det er forskellige former for tilfældig, men legitim adgang til en praksis, uden at stille krav om medlemskab. Et eksempel på denne praksisforbindelse er faglige praksisfællesskaber. Disse giver ofte outsiders adgang i forbindelse med en ydelse eller modtagelse af en tjeneste (Wenger 2004 s. 140).

Sammenfatning

Wenger forbinder praksis og fællesskab gennem beskrivelse af tre dimensioner af den relation hvor igennem praksis er grundlaget for sammenhængen i fællesskabet. Det er *gensidigt engagement* som udtrykker at et praksisfællesskab opstår, fordi mennesker etablerer og opretholder tætte relationer, organiseret omkring de opgaver de er fælles om. Det sker gennem deres arbejde sammen

og gennem de påvirkninger de direkte har på hinanden, med udgangspunkt i den enkeltes unikke position og identitet. Det gensidige engagement giver en forbundenhed med de andre deltagere i den fælles praksis. De kollektive forhandlingsprocesser resulterer i *fælles virksomhed* der holder praksisfællesskabet sammen. Dermed bliver alle i fællesskabet medskabere af deres egen fælles virksomhed. Fællesskabets *repertoire* udvikles og forandres gennem den fælles virksomhed og omfatter den diskurs, hvormed deltagerne bl.a. skaber meningsfulde udsagn om verden og om deres identitet som deltager af fællesskabet.

Et praksisfællesskab vil gennem *grænsemøder* have relationer til andre fællesskaber og praksisfællesskaber. At der er tale om grænser kan bl.a. høres på forskellige sprogbrug - der som grænseobjekter viser hvilke praksisfællesskaber der er involverede. Grænsemøder kan også vise sig i form af at det er praksis der fungerer som forbindelse. Der kan bl.a. være tale om grænsepraksisser og overlappende praksisser.

”Som om” praksisfællesskab

I Stelters fremstilling af team defineres det som et socialt praksisfællesskab på baggrund af Wengers forståelse af et socialt praksisfællesskab (Stelter 2005 s. 29). Jeg ser en diskrepans mellem Wengers beskrivelse af sociale praksisfællesskaber og Stelters brug af det til tværfagligt team, jf. s. 16. At det er en tilsnigelse, at betegne det tværfaglige team, som et praksisfællesskab, ligger måske også til grund for Stelters præcisering af teamet som et særligt praksisfællesskab. Om end det ikke er entydigt hvordan det ”særlige” skal forstås.

Tværfagligt team – et grænsemøde

Et tværfagligt team kan forstås som et grænsemøde med overlappende praksisfællesskaber (Wenger 2004 s. 93-94). Teamdeltagerne, der udgør ”eksperter” fra forskellige monofaglige praksisfællesskaber, mødes i grænsemøder, hvor praksis udgør en vedvarende overlapning mellem deres praksisfællesskaber, men kun så længe teamet specifikke opgave varetages. Deltagerne vil benytte forskellige grænseobjekter, der spejlet monofaglig forståelsesmåde og får samtidig adgang til andre måder at tænke og handle på. De kommunikerer sprogligt eller gennem fælles dokumenter, der fungerer som koordinationsmekanismer mellem fællesskaberne. Det giver den enkelte deltager og profession en øget selvforståelse uden at de monofaglige forskelligheder udviskes (Ibid. 93-94). Det er hensigten med tværfagligt samarbejde, siger Lauvås & Lauvås, ikke at udviske forskellene i den fag-videnskabelig kundskab, men at øge indsigten i det komplementære og opbygge en

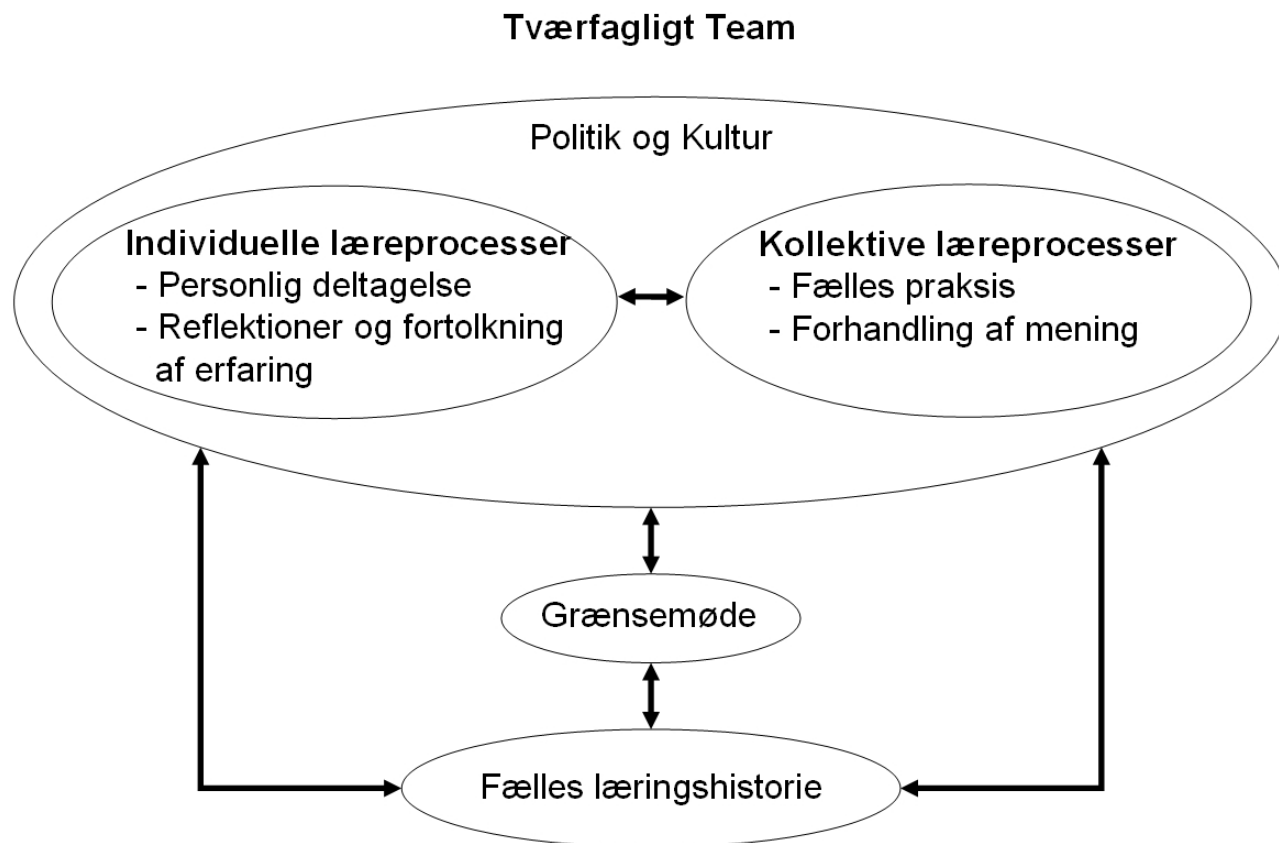
tværfaglig indsigt (Lauvås & Lauvås 2006 s.147). Deltagerne fra de forskellige fag og professioner vil ofte have en vis fælles kundskab om flere sider af f.eks. behandling og pleje, om end indsigten på det fælles område varierer mellem de deltagende fag og professioner. Det er på de områder hvor fagene overlapper hinanden, at der opstår mest konkurrence og risiko for konflikter mellem fagene (Lauvås & Lauvås 2006 s.38).

Grænsemøder mellem forskellige praksisfællesskaber byder på flere fordele for teamets opgavevaretagelse. Lauvås & Lauvås peger på at deltagerne i teamet både bringer faglig-videnskabelig kundskab med sig ind i samarbejdet foruden tavs kundskab. Da personer der deler den samme tavse kundskab kan have vanskeligt ved at artikulere den, gives det tværfaglige samarbejde en særlig mulighed, idet det bringer personer sammen, som ikke deler den samme tavse kundskab og dermed øges mulighederne for nødvendig artikulering (Lauvås & Lauvås 2006 s.147). Det vil være hensigtsmæssigt at få adgang til de forskellige professioners selvfølge måder at anskue situationer på og prioritere handlingsalternativer, foruden deres betragtninger om relevant kundskab og færdigheder i bestemte situationer. Det er det felt der med fordel kan opbygges tværfaglig indsigt i (ibid. s. 147).

Med Wengers perspektiv om at praksisfællesskaber kan opfattes som fælles læringshistorier (Wenger 2004 s 105) og opfattelsen af det tværfaglige team som grænsemøder mellem forskellige praksisfællesskaber, vil jeg med hjælp af empirien gøre forsøg på at konstruere teamets historier om hvordan de praktiseret som tværfagligt team og hvordan tværfaglighed udvikles.

Opsummering af teoriperspektiv

Jeg vil kort opsummere hvad mit teoretiske perspektiv har givet indblik i og skitseret i nedenstående figur.



I 1980'erne tog udviklingen af tværfaglighed fart. Problemer med udgifter og kvalitet i sundhedsvæsenets skulle løses med udviskning af faggrænser og øget samarbejde mellem fagene, via udvikling af tværfaglige teams, for derved at samle og udnytte den faglige kompetence maksimalt, udvikling af fælles kundskabsgrundlag og stimulere til faglig udvikling. Udvikling og læring i fællesskabet er centrale elementer herunder også udvikling af faglige, sociale, personlige og følelsesmæssige kompetencer.

Arbejdspladskulturen som præger det tværfaglige team er især påvirket af den medicinske logik, lægens position, som andre faggrupper i udstrakt grad tilpasser sig. Tæt på lægens position er sygeplejerske- efterfulgt af fysioterapeutgruppen m.fl. som de marginale positioner. Kulturen kommer til udtryk i de historier deltagerne fortæller om deres fællesskab og professioner. De formelle udtrykker officielle mål, værdier og politikker og de uformelle, defineret af uformelle dagsordensættere, udtrykker arbejdspladsens implicite kultur herunder holdninger til bl.a. samarbejde og konflikter.

Den enkelte deltager skaber mening, gennem fortolkning af erfaring i sin konkrete involvering i specifikke situationer. At skabe mening er udtryk for at der har fundet læring sted via refleksion. Ifølge Mezirow er det personens mentale vaner, der orienterer måden at tænke, føle og handle på, udtrykt i bestemte synsvinkler, der giver mening for personen. Læringen kan være såvel konfirmativ som transformativ. Den transformative læring er en metakognitiv proces og udtryk for en transformation af personens mentale vaner gennem en kritisk selvrefleksion. Dette sker, når de eksisterende mentale vaner viser sig utilstrækkelige og problematiske i den aktuelle situation. I den fælles praksis med andre deltagere i teamet sker der kontinuerligt forhandling af mening, der kan medføre et nyt perspektiv, der som et tredje sted skaber en ny virkelighed i fællesskabet. Udgangspunktet for forhandlingerne er deltagernes tilhørsforhold til monofaglige praksisfællesskaber. Wenger definerer et socialt praksisfællesskab gennem etablering af et gensidigt engagement, der resulterer i kollektive forhandlinger om den fælles virksomhed, der holder praksisfællesskabet sammen, og med et fælles repertoire, der fortsat vil være under udvikling og forandring. Denne definition medfører, at der kan anes en diskrepans herfra til Stelers definition, idet Stelers betegner teamet som "et særligt praksisfællesskab". Ifølge Wenger har et tværfagligt team karakter af at være et grænsemøde mellem eksperter fra overlappende praksisfællesskaber. En sådan overlappning muliggør læring i alle deltagende fællesskaber. De benytter forskellige fælles dokumenter som grænseobjekter der fungerer som koordinationsmekanismer mellem fællesskaberne. Disse skaber forbindelsen mellem, men udviser ikke fællesskabernes forskelle. Samtidigt er der oplagte konfliktrisici i de overlappende områder, der skal forsøges imødegået i grænsemøderne. Det tydeliggør nødvendigheden af at øge indsigten i den komplementære kundskab og opbygge en tværfaglig indsigt, foruden at prøve på at artikulere den monofaglige tavse kundskab, som bringes i spil i teamet og også der igennem øge den tværfaglige indsigt.

Empirisk dataproduktion

Mit udgangspunkt for dataproduktion er historier om og indsigt i hvad teamdeltagerne tilskriver mening i deres teamsamarbejde. Tilgangen er eksplorativ og udforskningen søger data om processer og betydninger. Den processuelle undersøgelse drejer sig om, hvorledes sociale fænomener indskrives sig i en bestemt kontekst. Den betydningsmæssige undersøgelse drejer sig om, hvorledes social erfaring skabes og gives mening (Pedersen & Land 2001 s.18-25). Jeg får adgang til de historier som "de lokale aktører" udveksler med hinanden (Kvale 2004 s.198, Andersen 2003 s.3)

ved at tage afsæt i interviewet som metode, og den særlige interviewform – fokusgruppeinterview - for konstruktion af projektets empiri.

Interviewet er en samtale om den menneskelige livsverden, hvor den mundtlige diskurs efterfølgende bliver transformeret til en tekst, der skal fortolkes. Undersøgelsen forventes at løfte en flig af den mangfoldighed af oplevelser og selvforståelser et tværfagligt team udtrykker i relation til udvikling og læring i tværfagligt samarbejde - som det fremtræder i en bestemt kontekst; neurologisk afdeling på et hospital i Region Midtjylland.

Fokusgruppen

Fokusgruppens historie går tilbage til 1920'erne, hvor samfundsvidenskabelige forskere udforskede forskellige gruppeinterview som metode. Forskning på området er kommet til sidst i 1980'erne (Wibeck 2000 s.19, Rieper 1993 s.5).

Data samles gennem en gruppeinteraktion, hvor nuancerede data opnås fra flere deltagere på samme tid, gennem en eksplorativ sondering, der giver mulighed for også at belyse subkulturelle perspektiver (Wibeck 2000 s.23, Bojlén 2003 s.170). Data der genereres fra fokusgrupper er afhængig af, hvor villige deltagerne er til at dele sine tanker, meninger og erfaringer med hinanden. Som udgangspunkt er deltagerne allerede via uddannelsen socialiseret til sundhedsvæsenet og det alene fremmer interaktionen mellem dem.

Interpersonelle faktorer drejer sig bl.a. om deltagernes forventninger til interviewsituationen, desuden er den potentielle sociale magt, der også udtrykkes nonverbalt en betydende faktor (Wibeck 2000 s. 30).

Miljøfaktorer drejer sig bl.a. om de fysiske rammer for interviewet (Weibeck 2000 s.27-32). For at øge informanternes villighed til deltagelse blev interviewet holdt i et neutralt mødelokale uden for afsnittet. Deltagerne kom susende, nogle til den aftalte tid og andre lidt senere, fordi mødevirksomhed omkring et patientforløb tog længere tid end ventet. For at undgå "stolen for bordenden", ville det være hensigtsmæssigt med et rundt bord. Da den mulighed ikke var tilstede placerede jeg forlods mig selv for bordenden, og dermed kunne teammedlemmerne placere sig på de andre pladser, svarende til to på hver side af bordet, hvor jeg bevidst havde placeret kaffekopperne. Min placering fik dermed en særlig markering -men da jeg også i egenskab af at være den der udforsker, allerede har en særlig position for interviewet, var min vurdering, at det ville give størst mulig ligeværdighed blandt deltagerne med denne placering.

Udvælgelse af fokusgruppedeltagere

For at sikre den fornødne distance mellem mig som udforsker og deltagere har jeg ikke selv udvalgt de to teams. Udvælgelseskriterierne blev forelagt afdelingsledelsen med en anmodning om at få adgang til relevante teams. Dermed følges hospitalets gældende praksis for indhentning af empiriske data (Kolbæk 2005).

Der blev skabt kontakt til to teams hvis deltagere alle havde længerevarende erfaringer med at arbejde i tværfaglige teams. De 2 team opfyldte kriterierne og udvælgelsen var sket ud fra en pragmatisk tilgang om, at alle deltagere skulle kunne være tilstede på samme tid for interviewene. Jeg havde defineret mine fokusgrupper som tværfaglige teams som fungerer sammen i neurorehabiliteringsafdelingen. I fokusgruppen var repræsentanter fra 4 fag (fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker og SOSU-assistenten, ud af 5 mulige (lægen).

Moderators position og funktion

Moderator fastlægger interviewets regler og interviewets mål og anvendelse. Dette skaber derfor en social magtrelation mellem moderator og deltagere, og dermed forskellige positioner. (Schmidt & Holstein 1999 s.322). Dertil kommer et iboende vilkår, det Bourdieu betegner som symbolsk vold. Symbolsk vold er udtryk for en magtrelation som vilkårligt finder sted i den sproglige kommunikation, hvor den talende som bærer af en specifik social autoritet i sin henvendelse til andre, bliver mødt med en anerkendelse af hans autoritet. Der er et ikke synligt strukturelt og socialt styrkeforhold i kommunikationen, som kun kan forsøges reduceret, men ikke fjernes. Moderator må gøre sig umage for få kendskab til de virkninger han uvidende kan komme til at fremkalde i forsøget på at få deltagernes beskrivelse af situationen frem i lyset. Det drejer sig om at reducere de forvriddinger og censureringer der finder sted. En censurering der medfører at nogle synspunkter fremføres og forhindrer at visse andre ting kan siges (Bourdieu 1999 s.608-609). Derfor må moderatoren møde de lokale fortællere med ydmyghed og skepsis. Ydmyghed i forhold til at historierne ikke er neutrale, men er konstruerede for at give mening for fortælleren i den givne kontekst, og skepsis i form af en passende uærbødighed over for fortælleren, der med sin historie ønsker selvbekræftelse. Moderatoren skal med andre ord udfordre de historier, som "de lokale" i den bestemte kontekst har opbygget og som de er ganske tilfreds med. Det vil sige han skal forsøge at få de "betydelige" og ikke kun de "tydelige" historier frem (Andersen 2003 s.3-4).

Den kompetente og velforberedte moderator vil under interviewet desuden forsøge at afklare de meninger, der er relevante for projektet, eliminere flertydighed og tilvejebringe et så pålideligt

udgangspunkt for en senere analyse som muligt (Kvale 2004 s.136). Moderators rolle er i interviewet tilbagetrukket og skal samtidig stimulere alle til at deltage i samtalen for at få ekspliciteret en bred variation af historier. Det vil sige få synergipotentialt frem, der samtidig åbner op og giver mulighed for at forfølge spontane afstikkere i historien, der kan vise sig betydningsfulde (Bottrup 2001 s.190-208).

Interviewguide

Interviewguiden (bilag 2) angiver emner og rækkefølge i interviewet. Derfra styres interviewet, og der igennem bestemmes hvilke data man indsamler (Rasmussen & Østergaard 2002 s.85). Det er tilstræbt at fremstille deskriptive spørgsmål, der lægger op til at deltagerne fortæller, såvel mig som hinanden om deres oplevelser og associeringer, således at interviewet blev selvkørende. De enkelte spørgsmål er vurderet mht. tematisk og dynamisk dimension. Tematisk fordi interviewet forventes at kunne bidrage til videnproduktion i forhold til tværfaglig samarbejde og læring. Dynamisk fordi spørgsmålene fremmer en god atmosfære, hvor deltagerne fortæller åbent om oplevelser og følelser (Kvale 2004 s.137-139).

Interviewets gennemførelse

Da alle kom direkte til interviewet fra en hektisk arbejdssituation startede jeg med at byde på kaffe mm, således at de kunne lande og blive nærværende for den aktuelle situation. Jeg præsenterede mig selv og projektet og sikrede at alle deltagere havde modtaget information om projektet (Bilag 3) og dets formål og orienterede om at interviewet ville vare ca. 5 kvarter (Rasmussen & Østergaard 2002 s.85). Jeg gav oplysning om, hvordan data ville blive opbevaret, analyseret og formidlet. Moderatorfunktionen blev ligeledes uddybet (Schmidt&Holstein 1999 s.323). Endelig blev deltagerne bedt om at gennemlæse og underskrive en samtykkeerklæring (Bilag 4) (Kvale 2004 s.118).

Under interviewet var jeg meget opmærksom på at deltagerne blev sikret optimale forhold for at komme til orde, og at samtalen flød frit og spontan. Deltagerne fik besked om at interviewet nærmede sig afslutningen, og at de havde mulighed for at supplere deres udsagn og spørge om noget før interviewet helt afsluttes (Schmidt & Holstein 1999 s.322). Denne opfordring blev i nogen omfang benyttet.

Generaliserbarhed, reliabilitet og validitet

Hermeneutiske og postmoderne forståelsesformer tillader en legitim mangfoldighed af fortolkninger, en betoning af og en accept af specifikke lokale personlige og sociale former for sandhed med fokus på dagliglivet og den lokale historie (Kvale 2004 s.227). Der kan stilles mange spørgsmål til en tekst og de forskellige spørgsmål fører til forskellige svar, hvad angår tekstens mening. Svarmuligheder der gives, er i sidste instans et spørgsmål om magt - en legitim fortolkning (Ibid s.209).

Selv om det er ønskeligt at forøge reliabiliteten af interviewresultater for at modvirke vilkårlig subjektivitet, vil en stærk vægt på reliabilitet kunne modvirke kreative fornyelser og mangfoldighed (Ibid s.231). Interviewet har her en særstilling. Gennem samtale og meningsforhandling fremkommer deltageren med sin subjektive oplevelse af handlinger eller opfattelser af, hvad der giver mening for vedkommende. Der findes ikke falske svar (Pedersen & Land 2001 s.36).- Dikotomien mellem sand - falsk erstattes med en vurdering af den kontekstspecifikke anvendelse af de producerede data.

Validitet af kvalitative resultater er et spørgsmål om at vurdere, om de teorier, strategier og dataproduktionsmetoder der er valgt, faktisk kan føre frem til at belyse de spørgsmål der er stillet i undersøgelsen. Dernæst handler det om i hvor høj grad, der er overensstemmelse mellem de teoretiske begreber der anvendes, og de empiriske resultater der er indsamlet. Dvs. tydeliggøre valg der er foretaget i projektet (Kvale 2004 s. 236, Pedersen & Land 2001 s.36).

Hensigt med mine fokusgruppeinterviews er ikke at kunne drage generelle, statistisk underbyggede slutninger om alle tværfaglige teams - men udstikke tendenser. Dernæst at kunne sige noget om de underliggende præmisser som styrer den specifikke argumentation for disse to teams (Wiebeck 2000 s.123-124).

Transskription

Transskription er en fortolkningsproces i sig selv. Det er en dekontekstualiseret version af interviewet. Den giver en ufuldstændig beskrivelse af rigdommen af de meninger interviewsituation udtrykker (Kvale 2004 s. 60,161).

Bourdieu påpeger at diskursen som moderator producerer er underlagt to begrænsninger som er vanskelige at forene. Det er begrænsningen i at være tro mod alt, hvad der kom frem i interviewet og begrænsningerne i læsevenlighed og dermed mulighed for at genoprette alt det, som er blevet tabt i overgangen fra den talte til den skrevne form. (Bourdieu 1999 s 622).

For læsevenlighed har jeg valgt at sætte to-tre punktummer i træk til symbolisering af tænkepause eller ophold. Latter og lign. ytringer er delvist markeret.

Display

Gennem analyse af de to transskriberede tekster har jeg kondenseret, koncentreret og kodet teksten til produktion af et display. ”*Et display er en grafisk eller tabelmæssig fremstilling af kvalitative data i koncentreret form*” (Dahler-Larsen 2002 s.37). Den enkleste form for display er en liste over temaer eller fænomener, der falder inden for en bestemt kategori. Displays kan have forskellige udformninger som f.eks. figurer med kasser, bobler med stikord der er bundet til hinanden med pile. Forbindelserne er ofte variationer over nogle ”*grundlæggende undersøgelseskriterier som tider, steder, enheder, sociale relationer, processer osv.*” (Ibid. s.38).

Overordnet er displayet bygget systematisk op. Det er med til at *afgrænse* og øge tætheden af data og vise hele datasættet på ét sted. Det tydeliggør vejen fra data til slutninger og konklusioner og dermed hvad slutningen er udledt af (Ibid s.39).

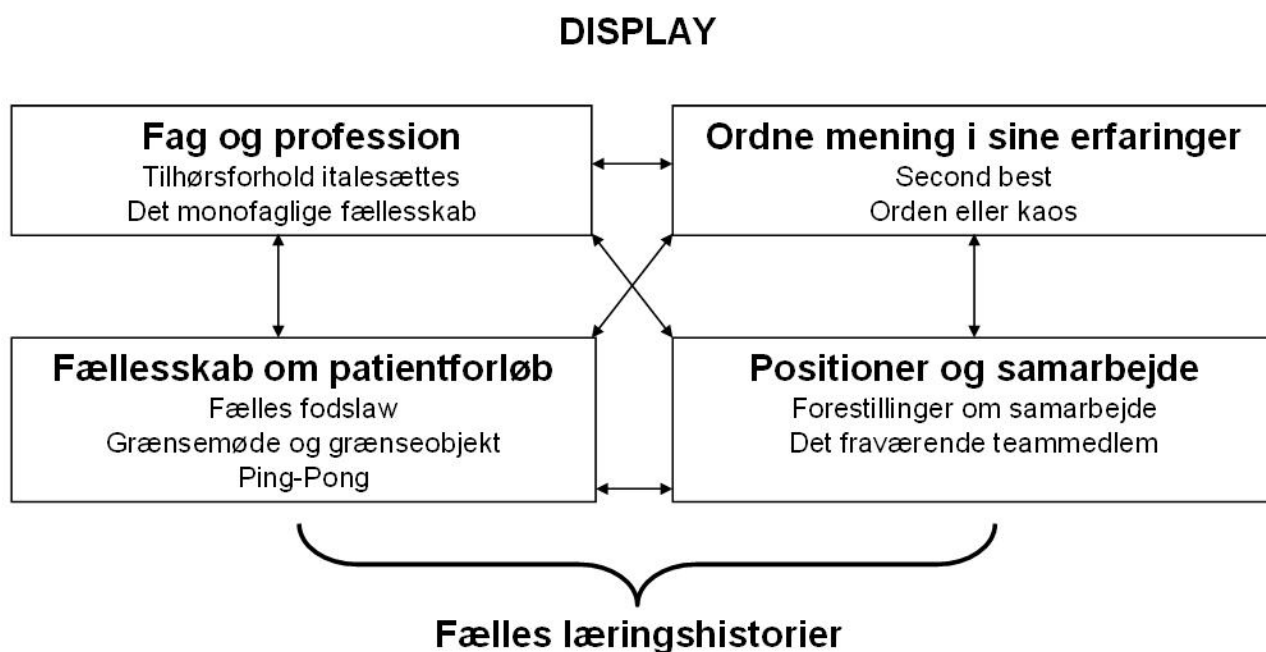
Dahler-Larsen pointerer at tre regler som skal overholdes. *Autencitetsreglen*, at man så vidt muligt benytter data i sin oprindelige form til udformning af sit display. Benyttes denne regel kan man modvirke at der ud fra ganske få data dannes genkendelige helhedsbilleder (Ibid.s.39).

Inklusionsreglen, at man medtager alle de data der falder inden for de kategoriske afgrænsninger, man udtaler sig om. Man kan godt afgrænse det datasæt, der vises, men indenfor afgrænsningen kan ingen data udelades. På den måde sikres at mangler, anomalier og afvigelser også medtages (Ibid.s.42). Det kan være vanskeligt rent praktisk at medtage alle data der inkluderes, men det kan klares ved at kondensere og koncentrere data (Ibid.s.44). *Transprensreglen*, at det er gennemskueligt hvordan displayet er lavet. Med det menes at akser og dimensioner klart er bestemt og er der sorteringsproblemer skal disse bearbejdes eksplicit (Ibid.s.45).

Empirien taler

Jeg benytter displayet som en oversigtsmodel for empirien. Jeg tager udgangspunkt i Wengers fremstilling af den fælles virksomhed som et resultat af kollektive forhandlingsprocesser blandt deltagerne og at læring sker på basis af deres fælles virksomhed. Jeg vil lytte til deltagerne historier som de taler betydningsfuldt om, og konstruere ansatser til læringshistorier på grundlag af de tematikker mit skitserede display giver mig mulighed for at kaste lys over. Ansatserne vil jeg efterfølgende samle til konstruktion af teamets læringshistorie.

Jeg vil samtidig være i ydmyg respekt over at have reduceret deres righoldige historier til en tekst jeg har produceret, som dermed fremstår dekontekstualiseret og ufuldstændig, og som aldrig har været tænkt som tekst. Jeg har jvnf. Autencitetsreglen afgrænset og medtaget de dataområder, som efter kodning blev vurderet til at have mest udsagnskraft. Dette inkluderer også at de mangler og anomalier som de koncentrerede data viste er medtaget. De mange data jeg har fravalgt fremstod efter kondensering som enkeltoplysninger eller sprang i mange forskellige retninger. For at gøre displayet transparent har jeg efter et sorterings og kategoriseringsforløb samlet 4 overordnede tematikker med undertemaer svarende til data med størst udsagnskraft. Dette har givet følgende display. De enkelte tematikker vil i det efterfølgende fremstå som overskrifter for den underliggende tekst.



Fag og profession

Tilhørsforhold italesættes

At sætte fokus på det fælles i professionernes udtryk kan give indblik i fælles forestillinger, som kan tillægges kulturel betydning og mening. Når teamet omtaler hinanden og deres fælles aktiviteter, benytter de bestemte talemåder. De taler om neuro-rehabiliteringspersonale uden at det er entydigt hvem det er. Det kan være i betydningen de 4 faggrupper der deltager i teamet, fysioterapeuten, ergoterapeuten, sygeplejersken og sosu-assistenten. Lægen er der egentlig også. Han deltog dog ikke i interviewet, hvilket også afspejler at han ikke er med i teamet i større omfang.

Ofte omtaler de sig selv i teamet som ”.. *Os fys., ergo., og plejen.*” (2,s 12,L 38)². Det vil sige at fysioterapeuten og ergoterapeuten som fagpersoner og sygeplejersken og sosu-assistenten under fællesbetegnelsen *plejen*. Dette fællesbegreb kommer også til udtryk i betegnelsen ”*en plejer fra teamet*”(2,s 2, L 18). Det udtrykker en kulturel forestilling, som bliver tillagt betydning og giver mening for deltagerne, at teamet består af 3 forskellige faggrupper, selv om der faktisk er tale om 5 faggrupper, hvor den ene mest er fraværende.

Samlebetegnelsen kan udefra se ud som en tingsliggørelse af to faggrupper sygeplejersker og sosu-assisterter. Det kan samtidig betragtes som en naturlig følge af afdelingens officielle dokument – ”*Beskrivelse af personalegruppernes kompetencer*”, der også benytter betegnelsen plejepersonalet (RVSK 2003). Det udtrykker en officiel politik og ledelsens værdisætning og grundlæggende antagelser om forholdet mellem faggrupperne i teamet. Som en officiel sproglig diskurs er den kommunikeret og præsenteret på afdelingens hjemmeside og gennemsætter sig som et element i arbejdspladskulturen (Nymark 2001 s.41, Knudsen 1989 s.35-37). Når deltagerne i teamet agerer eller kommunikeret vil deres mentale vaner helt naturligt udtrykke en bestemt synsvinkel, som modsvarer den ledelsen officielt har defineret. Den bliver taget for givet og bliver brugt som vejledende for deres egne fortolkninger af, hvad der fortælles. Også den uformelle historie udtrykker at teamarbejdet sker mellem 3 grupper, selv om der rettelig indgår 4-5 selvstændige faggrupper. Der er ubevidst blevet skabt mening for den enkelte deltager og samtidigt udtrykker det at en læreproces har fundet sted (Mezirow 1990,s.67). Der er tilsyneladende en forestilling om at ergoterapeuten og fysioterapeuten hver især bidrager til diskursen i teamet som selvstændige faggrupper og terapeuter og at sygeplejersken og sosu-assistenten til sammen bidrager. Det er uklart, hvor sygeplejerskens og sosu-assistentens bidrag adskiller sig fra hinanden. Dermed skitseres deres fremtræder som en fælles kategori ”plejen” og ikke som eksplicitte selvstændige faggrupper også som et dilemma.

Betegnelsen to grupper, terapeuterne og plejen, kommer frem flere gange i teksten som f.eks. ”*Vi (plejen) oplever...og den tager I (fys/ergo) så til efterretning*” (1.s 6,L13-20). Det tyder på, at de oplever sig selv som to grupper i teamet og samtidigt har et tilhørsforhold til et andet fællesskab de betragter som hjemsted. Denne antagelse får næring ved at de to grupper fysisk hører til forskellige steder. Fys/ergo i kælderen og plejen på sengeafsnittene på 4. og 5. sal. Denne adskillelse tillægger de selv betydning.

² henviser i teksten til placeringen af udsagnet i transkriptionsteksten: transkription nr. ,s.: side, L. linie). Transkriptionerne findes på den vedlagte cd.

”...fordi I (fys/ergo) er i kælderens hvor vi er på femte sal. Vi kan ikke bare sådan drøfte når behovet opstår her og nu” (1,s19,L15-16).

Det monofaglige fællesskab

Det fællesskab den enkelte faggruppe har med hinanden og som danner rygstøtte for deres ageren i teamarbejdet er et monofaglige fællesskab og et socialt praksisfællesskab (Wenger 2004 s. 94).

Faggrupperne har lange traditioner for fællesskab, hvoraf de tre, spl., fys. og ergo. som professionsuddannelser også er forbundet via en autorisation. Disse tætte relationer af *gensidigt engagement* omkring det, de er fælles om eks. den sygeplejefaglige indsats, som sygeplejerskerne via deres autorisation har monopol på, betyder at de samtidigt er forbundet med de andre sygeplejerskers kompetencer. Deres gensidige engagement er partiel, dvs. tilhørende fagfællesskabet, der i en tværfaglig praksis både er en ressource og en begrænsning (Ibid s.94). Det viser sig ved at de enkelte teamdeltagere har behov for at søge eget bagland om støtte til en beslutning af monofaglig art. For der igennem at sikre sig argumentation og styrke i at kunne stå fast og byde ind med en ny forståelse af det fælles.

Der foregår hele tiden kollektive forhandlingsprocesser der resulterer i en bestemt virksomhed ex sygeplejerskens aktiviteter, hendes funktion som kontaktperson (Bilag 5) til patienten i relation til dennes forløb i neurologisk afsnit og til det tværfaglige teams samlede aktiviteter. Denne virksomhed holder sygeplejerskernes praksisfællesskab sammen, gennem deres indbyrdes forhandling af hvordan det officielle dokument ”neurorehabilitering” (RVSK) skal forstås og udmøntes via fællesskabets produktion af sygeplejepsis. Gennem denne forhandling af sygeplejerskernes *fælles virksomhed*, skaber de samtidig en gensidig ansvarlighed blandt hinanden om at tage vare på denne kontaktfunktion. Dette udtrykkes bl.a. således:

”Altså, man kan jo sige at det at være kontaktpersonen, i hvert fald for os i plejen, det indebærer nogle ting... øh... blandt andet kontakter ud af huset og koordinering af møder og sådan nogle ting, og det ligger der. Det er der jo ingen tvivl om.” (1,s7,L12-14)

Som det viser sig her, er der tale om en ansvarlighed i forbindelse med den bestemte opgave at være kontaktperson der er forhandlet på plads i fællesskabet som tilsyneladende ikke er let at verbalisere (Ibid.s100). Den sproglige diskurs bliver fattig på indhold, som udtryk for en faglig ikke-artikulerbar tavs kundskab, som giver mening til den fælles virksomhed, men som udenfor praksisfællesskabet ikke nødvendigvis forstås.

At være kontaktperson betyder at have en gennemgående funktion, som koordinator for teamet og sikre relevante kontakter til andre i patientforløbet. Plejen bliver en slags projektleder for teamet,

der samler trådene i patientforløbet. Rollefordelingen i teamet kan beskrives således; terapeuterne kommer til som eksperter, plejen binder det hele sammen, og lægen træffer konklusioner på teamets produktion. Det er interessant, at det kun er plejegruppen der har kontaktfunktionen, og man kan spørge, hvad det betyder for teamarbejdet, at der er denne specifikke rollefordeling med plejegruppen i en speciel rolle. Et vigtigt element i tværfaglighed er ligestillethed og den aktuelle rollefordeling i neurorehabiliteringsteamet kan tyde på at der er et dilemma indbygget i strukturen.

Et monofagligt praksisfællesskab har også et *fælles repertoire* der skaber meningsfulde betydninger indenfor fællesskabet og om deres identiteter som professionelle (Ibid s.101). Dette kommer eks. til udtryk på følgende vis.

"at jeg syntes at jeg kan bidrage med noget specifikt fysioterapeutisk og hvis det hele ender i funktionstræning på afdelingen og tværfaglig samarbejde så syntes jeg ikke rigtigt at jeg kommer til at byde ind med mine kerneydelser" (2,s4,L19-22).

Indenfor det fysioterapeutisk praksisfællesskab tales der således betydningsfuldt i en ganske bestemt betydning af begreberne specifikt fysioterapeutisk og som tingsliggjort indsats – kerneydelser. Disse begreber er med til at gøre praksisfællesskabet meningsfuldt og samtidig adskille det fra omkringliggende praksisfællesskaber eller fællesskaber. Det er udtryk for en kulturel viden der formidles indenfor fællesskabet og som udtalt og normativt også påvirker deltageres sociale liv, herunder deres indstillinger til hinanden indenfor og dem der er udenfor fællesskabet (Høyen 2005). Som mentale vaner vil Mezirow sige, udtrykkes holdninger og værdier gennem bestemte synsvinkler der vejleder deres beslutninger og handlinger (Mezirow 1990,s.67), At der monofaglige tilhørssted er meget betydningsfuldt for dem, kommer til udtryk på følgende måde:

"...om man monofagligt kan føle sig sikker på den beslutning man har taget" (2,s11,L.26-27)

"Altså jeg inddrager jo så nogle af mine mere erfarne kolleger" (2,s7,L.48)

"...så har man brug for at få det drøftet i sit eget,..., altså monofaglige bagland, for at høre: jamen hvordan ser de egentligt på det. ...Og den drøftelse som man så er blevet enige om, den kan man så lægge frem for (...)gruppen..." (2,s11,L38-45)

Det tyder på, at udgangspunktet for beslutninger der tages i teamet i nogen udstrækning bliver drøftet i eget bagland først og at deltagerne henter rygstøtte der, for sit bidrag i teamdiskussionen. Det monofaglige fællesskab har således en særlig betydning og giver mening til teamdeltageres ageren monofagligt og især i teamarbejdet.

Wenger siger at sådanne fællesskaber, med fælles engagement og forhandling af fælles praksis kan være nøglen til virkelig transformation af den slags der har stor påvirkning af personers liv (Ibid s.104). Dette vil jeg forfølge i næste afsnit.

Der er fordele for såvel deltagerne som den fælles virksomhed at de tilhører et monofagligt fællesskab og samtidigt er i et teamsamarbejde. Muligvis kan der også være dilemmaer forbundet med dette dobbeltsidige tilhørsforhold, og giver teamarbejdet en vis træghed. Det vil jeg vende tilbage til senere.

Sammenfatning

Jeg har vist at deltagerne i teamets omtaler sig selv på forskellige måder der giver mening i forskellige sammenhænge. At være et team vil sige at være en del af fællesskabet - neurorehabiliteringspersonalet. Teamarbejdet fungerer fortrinsvis mellem 3 faggrupper ergoterapeut-, fysioterapeut- og plejegruppen selv om der retteligt indgår 5 grupper i teamarbejdet. Der er et dilemma i at sygeplejerskerne og sosu-assistenterne fremtræder som en fælles kategori og ikke som selvstændige faggrupper på lige fod med de øvrige deltagere i teamet. Det giver tilsyneladende ingen mening for teamet at lave denne distinktion. Den officielle sproglige diskurs indeholder heller ikke en sådan og det legitimerer dermed den anførte diskurs.

Det monofaglige tilhørsforhold giver derimod mening for deltagerne. At være engageret med fagfæller i relation til den fælles virksomhed, med fælles repertoire giver den enkelte en identitetsmæssig styrke i sin kerneydelse og monofaglige kundskabsfelt, der rustet hende til teamarbejdet. Samtidigt udgør dette dobbeltsidige tilhørsforhold en træghed og dermed et dilemma for aktiviteterne. Et andet dilemma drejer sig om kontaktpersonsordningen der tildeler plejegruppen en særlig rolle som koordinator og projektleder for teamarbejdet. Denne rolletilskrivning har indvirkning på tværfagligheden i relation til ligestilling i teamsamarbejdet. Og et interessant spørgsmål er hvordan det kan være, at det kun er plejegruppen der har denne rolle?

Ordne mening i erfaring

Second best

Styrket med sin identitet, herunder de fælles forestillinger, holdninger og meninger der afspejler det monofaglige fællesskab bliver den enkelte teamdeltager bragt i situationer hvor hun får behov for at

reflektere over tidligere læring og vurdere dens gyldighed i forhold til hendes aktuelle i teamet. Der giver faglige udfordringer og refleksioner. Det kommer bl.a. til udtryk på denne måde:

"... at skulle søge ind i mig selv, hvad er det for nogle ting jeg egentligt går og gør her, ...er det noget jeg må sige, at det er som fysioterapeut, mig der har ekspertisen og mig der skal gøre det, ikke?"(1,s.8,L17-20)

Her foregår en refleksion over om andre faggrupper kan overtage den konkrete aktivitet, som hun har den faglige ekspertise til. Den refleksion drejer sig ikke udelukkende om faglige facts og argumenter, men inddrager hendes samlede referenceramme. Hun søger ind i sig selv, som hun siger, og der sker en bearbejdning af vurderingsgrundlaget, hvorefter hun når frem til en beslutning som inkluderer erfaringerne fra teamsamarbejdet. Det kan være nærliggende at antage at de beslutninger som fysioterapeuten træffer forventelig ikke giver anledning til grundlæggende ændring i egen referenceramme, men at situationen og den nye erfaring har karakter af en assimilering til tidligere lærte, i lignende situationer. Dermed vil læringen med Mezirow kunne betegnes som konfirmativ, hvor hun er blevet bekræftet i gyldigheden af tidligere læring.

Det ser ud til at der også opstår nogle udfordringer i teamet der medfører en mere gennemgribende læring hos den enkelte teamdeltager. De udtrykker det således:

"Jamen det er med til at udfordre ens tanker om lige netop, hvad er det jeg har tænkt om det her,.."
(1,s.9,L31-32)

"...at jeg vælger så at tænke; nu tager jeg Second best,... for så får alle gjort det ens frem for at jeg vælger og gøre det sådan som jeg reelt set gerne ville gøre det, for så er det kun halvdelen af personalet der gør det på den måde, og resten de gør det alligevel som de plejer". (2,s21,L1-5)

Det udtrykker at hun ikke blot reflekterer over, hvad det er hun gør i den enkelte situation, men også reflekterer kritisk over grundlaget for handlingerne. I sin monofaglige opfattelse, på grundlag af sin professionsdoxa vurderer hun, hvad der er det bedste at gøre for patienten. Hvorvidt denne refleksion er fordomsfuld over for andre faggrupper og deres kompetencer, kan der ikke gives belæg for, men faktisk resulterer hendes refleksion i, at den bedste handling ikke lader sig gennemføre, når det skal ske med inddragelse af de andre faggrupper.

I stedet for en mulig konfliktsituation, der vil udfordre de andre teamdeltagere og få teamet til at fremstå som en kamparena, vælger hun at vende blikket indad og reflektere over sin egen, i denne situation problematiske referenceramme. Hvorvidt hendes handlingsalternativ er udtryk for en tilpasning af mulige vilkår for handling er nærliggende at tro.

Man kan sige, at de valg som fysioterapeuten foretager formentlig ikke er udtryk for en bevidst kritisk selvrefleksion, der har medført transformativ læring, idet bevidste transformative

læreprocesser i følge Mezirow er særdeles krævende. Det er snarere udtryk for at hendes intuition har hjulpet hende på vej med at træffe hensigtsmæssige valg. De handlingsmæssige konsekvenser er fysioterapeuten blevet fortrolig med og "lever godt med dem", de tilgodeser patientens behov og især teamsamarbejdets muligheder. Dermed er de valg hun har gjort på engang meningsfulde og fulde af betydning.

Der vil til gengæld være potentiale for en transformation ved at tage diskussionen om "Second best" op med sine kolleger i teamet, mhp. på at bringe deres faglige selvforståelse i spil og udvikle egen og de øvrige deltageres referenceramme. I stedet for vælges den laveste fællesnævner, som kvalitetsniveauet i deres fælles handlinger, betinget af en manøvre til at mestre konfliktundgåelse.

Orden eller kaos

Det er ikke kun i mødet mellem forskellige fællesskaber der er en vis vanemæssig tilgang og træghed hos den enkelte deltager i forhold til at forandre indstilling og synsvinkel. Træghed ses også i praksisfællesskaber, når der indføres nye rutiner. Det udtrykkes således:

"Og det er vel det der med at forsøge at få noget nyt ind eller andet ind at det kan være lidt svært i dagligdagen."(2,s21,L 5-7).

De reflekterer på forskellige niveauer og når frem til forskellige forklaringer som giver mening:

"Jeg vælger og sige, at det ikke har noget med ond vilje at gøre, men jeg tror at det har noget med at det er en ny rutine man skal have indarbejdet. Det kan være at der er noget man skal have aflært og det er godt nok svært.. ..øh. for eksempel op ved os, der har vi i lang tid nu gerne vil have indført de her middagskonferencer, hvor vi gruppevis mødes, bare et kvarter. Det lyder jo ikke af noget. Sku det være svært, ikke også? Vi har arbejdet på det i 4 år og det er ikke lykkedes endnu. Det har noget med os selv at gøre i afdelingen, vil jeg sige. Det er os der ikke sørger for at få det gjort."(2,s21,L 31-36+44-47)

Det kan tilsyneladende være svært at indføre en ny rutine – middagskonferencen. At det forholder sig sådan vedrører at ændringer ikke uden videre indoptages i den fælles virksomhed (Wenger 2006 s100). Den forhandling af gensidige ansvarlighed der foregår blandt de involverede viser at middagskonferencen ikke er forhandlet på plads, som det man gør i praksisfællesskabet, og derved fastholdes praksis, som ikke indbefatter en middagskonference. Det sker som en naturlig følge af den kollektivt forhandlede fælles praksis og bliver nødvendigvis ikke engang ekspliciteret, men giver mening i den sociale diskurs. En udvikling af praksis, der inkluderer middagskonference udgør derved en trussel om kaos (Mezirow 2000 s116). Når der er gået 4 år uden indoptagelse af middagskonferencen i fællesskabet, må det være udtryk for at det ikke giver mening. Derfor og uden at kunne ekspliciterer det, vender de sig mod traditionen, en praksis uden middagskonference,

som giver dem en oplevelse af mening om end det fastholder praksisfællesskabet i en konserverende position. I den dialektiske diskurs, siger Mezirow, efterprøves mentale vaner udtryk i en bestemt synsvinkel om ikke at skabe kaos med en ny praksis, derved bliver erfaring assimileret. I den sproglige diskurs udtrykker deltagerne en undring over at det kan være så svært at indføre middagskonferencen. Måske skal denne forskellighed mellem hvad de udtrykker, og hvad de kan gennemføre søges i det forhold Ejrnæs (2004) taler om, at der i den enkelte faggruppe kan være store forskelle på opfattelser, holdninger og handletendenser. Så længe der ikke eksisterer en middagskonference bliver det muligt for den enkelte deltager at fastholde sine egne synspunkter, meninger mm og handle derefter. Når først der er en middagskonference, hvor der eksplicit skal konfereres og forhandles mening om den fælles virksomhed, bliver det til gengæld synligt, at der kan være menings- og holdningsforskelle evt. - konflikt. Dette kan betyde ændring i det interne hierarki af positioner, og det kan også signalere intern uenighed, konflikter mm. til omverdenen. Det kan der være en vis modstand mod, for derved kan selvbilledet af den enkeltes identitet og forbundenhed med praksisfællesskabet krakelere og komme til at fremstå meningsløst for de involverede, og ikke som et troværdig rygstøtte.

Sammenfatning

I dette afsnit blev vist at de enkelte teamdeltagere udfordres med mange og mangeartede refleksioner i deres teamsamarbejde. Forskellige faglige ståsteder der kommer i spil og mere gennemgribende refleksioner over selve grundlaget for deres handlinger. Desuden vælger de bevidst og ubevidst handlingsalternativer der medfører, at de kan overkomme uenigheder i teamet, selv om det betyder kvalitetskompromis. At undgå uenighed er også drivkraften, når det monofaglige fællesskab viser træghed ved indførelse af en ny praksis. Selv om den nye praksis italesættes som en god nyhed, virker den alligevel meningsforstyrrende, fordi den gør det muligt at synliggøre interne uenigheder og forskelle, der af deltagerne ubevidst ikke ønskes italesat og ekspliciteret.

Fællesskab om patientforløb

Fælles fodslaw

Når deltagerne fortæller om samspillet i det tværfaglige team er det udtryk for hvad de tillægger betydning i den virkelighed de selv er medskabere af. De er både medskabere af det tværfaglige

teamsamarbejde og det monofaglige fællesskab de fungerer i og de samarbejder kontinuerligt i dem begge.

Det der ligger teamdeltagerne meget på sinde og har deres uforbeholdne fokus, er at deres samlede faglige kompetence opleves maksimalt udnyttet og at det gode tværfaglige miljø er til gavn for patienterne (Lauvås & Lauvås 2006s55):

”Men så tænker jeg omkring det tværfaglige, at jeg syntes bestemt det er værd at værne om, at vi har et godt tværfagligt miljø her og at det kommer patienterne til gavn, at vi har fælles fodslaw i forhold til patienterne. Så det syntes jeg helt klart er en god ting.” (1,s.24,L.8-10)

Det tværfaglige er altså værd at værne om. De tværfaglige teams på neurologisk afdeling har mange af de kendetegn som Lauvås & Lauvås og Stelter skitserer for teams. Det er repræsentanter fra 4 forskellige faggrupper, der mødes om det specifikke patientforløb, de er blevet tildelt fra indlæggelse. Tildelingen finder tilfældigt sted, siger de samstemmende:

”Det er rent tilfældigt tænker jeg. Det er... jamen jeg har fået en udskrevet, så har jeg plads til en ny... agtigt” ”Det er det samme hos os.”(1,s10,L23-24+29).

Tildelingen kan dog i nogen udstrækning tage udgangspunkt i kompetencer. Det vides dog ikke med bestemthed om det er tilfældet. *”...men jeg tror da også at hun tænker ind vores faglige kompetencer og personlige kompetencer.” (1,s10,L36-37).* Denne tildelingspraksis er tilsyneladende blevet en del af den sociale diskurs, der giver mening og der bliver ikke stillet spørgsmål til den.

Teamet har mulighed for at kommunikere og interagere med hinanden om og i deres fælles praksis

”...altså vi mødes i vores teams omkring den enkelte patient....Og hvor vi har de her faglige diskussioner. Jeg ser tingene på den her måde og du ser tingene på en anden måde og en tredje ser det på en tredje måde, men finder fælles fodslaw i det. Hvad er det så for en fælles holdning vi skal have til den her patient. Øh.. og der er det jo jeg syntes at så går det lidt op i en højere enhed” (1,s3,L7-12).

Hermed bliver det synligt at deltagerne i høj grad er et fællesskab og at de deltager i teamet med en særlig ekspertise. Hvilket også giver den enkelte en identitetsmæssig betydning, som rækker ud over teamarbejdet.

Deltagerne taler om fælles fodslaw i forhold til patientforløbet, og at det hele går op i en højere enhed. Der kan være tale om at der i fællesskabet skabes en ny virkelighed ”et tredje sted” som Stelter taler om (Stelter 2005 s.31). En ny diskurs som rækker ud over den enkelte fagpersons syn og ekspertise. *”Man får de der input på tværs af fagene” (1,s.20,L47)* og det er med til at skabe en ny forståelse – en ny tværfaglig indsigt (Lauvås & Lauvås 2006 s 55). Den tværfaglige indsigt og

”tredje sted” kan være begreber, der hos deltagerne dækker deres udtryk som *fælles fodslaw* og at indsatsen går *op i en højere enhed*. En fælles indsigt kan komme frem gennem fælles aktiviteter og samarbejde, hvor der er opnået kendskab til hinandens kerneydelser: ”*Med faglighed tænker jeg også, det er netop...at kende hinandens kerneydelser*” (1,s18,L35-36).

Hermed skitseres et klart potentiale i teamudviklingen, mod en fælles virksomhed. Det ses af teamets forhistorie:

”... meget fokus på fys og ergoterapi, ...Det syntes jeg har ændret sig sådan at det bliver mere vores fælles mål. ...vi er blevet lidt mere bevidste om at melde ud, i stedet for bare at knurre...” (1,s22,L 18-43).

Der var engang hvor der ikke var fælles fodslaw. Dengang knurrede de ad hinanden, men nu kan de snakke sammen om deres fælles virksomhed. Denne potentielle udvikling skal betragtes samtidigt med at deltagerne, når de bliver usikre eller der ikke er fælles fodslaw trækker sig hjem til det monofaglige praksisfællesskab for at finde styrke der.

Grænsemøde

Neurorehabiliteringsteamet etableres når en patient bliver indlagt og opløses igen når patienten er udskrevet. Et konkret team består således kun så længe en specifik patient er indlagt. Derfor indgår alle fagpersoner i flere parallelle og krydsende teams der oprettes og opløses løbende og dynamisk i takt med patienternes indlæggelsesmønstre. Der vil derfor hele tiden vil være noget på spil for den enkelte deltager, hvilket viser sig i deres måde at håndtere uenighed på i teamet, i form af det jeg kalder ”undgåelse”.

Fordi deltagerne går ind og ud af forskellige relationer er det nærliggende at de allermest er tilknyttet deres monofaglige praksisfællesskab, som jeg tidligere har vist. Jeg ved ikke om teamet har forudsætninger for at blive et praksisfællesskab, men meget tyder på, at det vil forblive et grænsemøde mellem forskellige praksisfællesskaber (Wenger (2004 s137), og dermed have karakter af institutionaliserede grænsemødefællesskaber, der har en anden karakter end et praksisfællesskab. Når teamet mødes skabes der forbindelser over grænserne mellem de 4 monofaglige praksisfællesskaber. Mødet har karakter af et ekspertmøde, sammensat til at opfylde det organisatorisk og politiske formål de har fået ansvar for. Deltagerne kan med deres bidrag af komplementære kompetencer opnå en synergieffekt – *et tredje sted* på baggrund af deres monofaglige syn og overlappende bidrag fra deres monofaglige praksisfællesskaber (Lauvås & Lauvås 2006 s. 38).

Grænseobjekter

Deltagerne har forskellige redskaber til at bane vejen over grænsen fra eget monofagligt praksisfællesskab til teamets fællesskab. Wenger kalder det grænseobjekter (Wenger 2004 s128).

Der er flere typer af grænseobjekter på neurologisk afdeling. Helt overordnet er der den elektroniske patientjournal (Bilag 6) som benyttes af alle deltagere:

"EPJ for eksempel. Hvor vi skriver... og så kan man så gå ind og se hvad der er skrevet, ..det kan være at jeg går ind og skriver at jeg kan selv forflytte YY med en person og så kan jeg måske dagen efter, i plejen der er de så to personer. Okay tænker jeg, så går jeg måske op og snakker med dem og siger skal vi prøve at gøre noget sammen. øh... eller det kunne også være inde ved en anden patient ikke også. Hvor vi så siger: " Har i lyst til at komme ind og se hvordan jeg gør det og jeg kan måske se hvordan I gør det og så kan vi se... (1,s4,L 7-16)

EPJ bliver et grænseobjekt, der skaber en forbindelse på flere niveauer. Det fungerer som et informationssted mellem teamdeltagerne om hvad det enkelte teamdeltager har foretaget sig sammen med patienten, det bliver til et videndelingssted for deltagerne i forhold til patientforløbet og et sted for yderligere refleksioner som kan medføre nye tiltag og handlinger. I ovenstående citat får noten fra et teammedlem et andet til at etablere vejledning og undervisning.

En anden type grænseobjekter er dem der specifikt kan henføres til neurorehabilitering. Det gælder f.eks. Neurorehabiliteringsplanen (Bilag 6) som er et centralt styringsredskab for teamet :

"jeg oplevede tidligere ... det var meget fys og ergo mål der blev sat i rehabiliteringsplanen. Det syntes jeg har ændret sig sådan at det bliver mere vores fælles mål" (1,s22,L 18-20)

"vi er blevet bedre til at gøre opmærksom på at der altså er nogle basale ting som skal være på plads før at der er ressourcer til at træne"(1,s22,L 38-39)

"så pinder vi alligevel ud; hvem er hovedansvarlig her, ... at vi jo også ved hvem der har mest erfaring og viden omkring de der ting, ..." (1s19,L 2-5)

Der arbejdes ud fra et fælles mål, og man når i fællesskab frem til hvem der skal være ansvarlig for hvilke aktiviteter. Teamet foretager en meningsforhandling om de rette aktiviteter og ansvarlige på baggrund af egen refleksion over praksis og på tværs af grænserne mellem de 4 praksisser.

Neurorehabiliteringsplanen fungerer som det, der forbinder de 4 praksiser.

Et andet centralt grænseobjekt er FIM-scoring (bilag 6):

"Og der har vi jo de her FIM scoringer hver fjortendes dag" (1,s8,L31)

"...jamen hvad mener jeg egentligt. Er det er en 6'er, en 7'er en 3'er eller en 4'er eller.. og få det plottet i mit eget skema inden jeg går til mødet så er det jo meget nemmere. Og selvfølgelig kan vi jo have nogle diskussioner, men har vi alle sammen haft gjort os nogle overvejelser inden vi kommer til mødet... så øh... så er det da meget tidsbesparende."(1,s9,L15-19)

Her træder det frem, hvordan grænseobjektet både forbinder og adskiller, idet der først foregår en monofaglig scoring, der tilsyneladende kan vise en forskellighed og dermed udgøre en adskillelse

fra de andre. Dernæst skal scoringen diskuteres i teamet og være med til at forbinde de forskellige udsagn mhp. at opnå enighed om, hvad skal være den endelige og enige udmelding af scoren.

"Først monofagligt og derefter konsensus" (1,s8,L 46). En enighed, som sker som følge af en vellykket diskurs (Stelter 2005 s.31), der medfører et nyt perspektiv for alle deltagere i teamet.

Teammøderne er stedet for kollektive forhandlingsprocesser, hvor de gør noget sammen, de har faglige diskussioner, de koordinerer, etablerer kontakter udenfor teamet og de bliver enige eller ikke enige i forhold til deres fælles virksomhed - det gode patientforløb. Det drejer sig f.eks. om:

"at sætte sig ned i teamet og diskutere både fra det vi ser og det patienten gerne vil opnå og hvad er det der er vigtigst her, og ligesom bliver enige om det, sådan at jeg ikke som fysioterapeut, kokser løs med gangtræning hvis det vigtigste i virkeligheden er at patienten skal have styr på kontinens eller spisning." (2,s5,L22-25)

Oprettelse af forbindelse mellem de forskellige faggruppers ekspertise bliver en del af virksomheden og der er ansatser mod etablering af et fælles repertoire der omfatter de fælles grænseobjekter. Wenger siger at både deltagelse og tingsliggørelse skaber forbindelser over grænser. Her ser vi at det både er deltagerens refleksion over hvad hun skal byde ind med, som kan understøtte *det vigtigste* og forskellige grænseobjekter bl.a. FIM scoren, der skaber forbindelsen mellem de monofaglige praksisfællesskaber og den fælles praksis.

At teamudvikling er en kontinuerlig proces ses også af at teamet til trods for ansatser endnu ikke har etableret et fælles repertoire:

"Vores ICF Det er sådan en slutstatusrapport vi skriver tværfagligt, som har givet anledning til mange diskussioner." (2,s14,L32-33)

"... Fordi vi kommer jo ind både fys, ergo og pleje og skriver i det samme dokument. Og jeg syntes i hvert fald det er vores ansigt udad til. Det er det vi sender med patienten hjem og det er det vi sender ud til vores samarbejdspartnere... Og man bruger sådan lidt hvert sit sprog." (2,s14,L40-45)

"at vi ligesom er nødt til at diskutere det i plenum. For det kan godt være at vi i vores lille team bliver enige om at gøre noget, men i så det næste lille team der gør man så noget andet og det næste lille team der gør man noget andet igen." (2,s15,L26-20)

Deltagerne taler om at den måde som ICF-rapporten (Bilag 6) udfyldes på aktuelt er udtryk for at hver faggruppe benytter forskelligt sprog. Det kan være monofaglige fagudtryk, nuancer og jargon. Det medfører at deltagerne oplever at der benyttes ord og begreber som ikke hører til i deres fællesskabspraksis, og som de ikke kan tolke og forstå. Hermed optræder grænseobjektet med monofaglige fagudtryk mest som adskiller frem for at binde praksisfællesskaberne sammen. Det manglende fælles sprog i det store fællesskab – neurorehabiliteringsafdelingen, skal tilsyneladende forhandles på plads i de små teams. Det synliggør et dilemma, fordi det er monofaglige eksperter,

med en iboende om end skjult interesse for at beholde sit særlige fagjargon i teamsamarbejdet, sin status og magt, der skal forhandle.

Rapporten skaber ikke de meningsfulde udsagn teamet ønsker og fungerer derfor ikke som et troværdigt kommunikationsredskab. Det kan betyde kvalitetsbrist i patientforløbet. Desuden kan deltagerens identitet som medlem af fællesskabet samtidigt blive sat på spil og det er tilsyneladende også det der reageres på.

”Fælles sprog” er ikke noget det enkelte team selv kan beslutte. Det skal diskuteres i plenum siger de, uden nærmere angivelse af hvilket forum, plenum er. Samtidigt kan det også tyde på at hun har erfaringer for at plenumdiskussioner ikke giver sikkerhed for varig forandring af praksis. I alt fald har hun brug for at der knyttes kompetence og magt til at træffe afgørelser og beslutning, og iværksætte tiltag, der skaber forandring af den bestående praksis. Hun siger det sådan:

”men jeg tror det hører egentligt lidt hjemme et højere sted. Altså jeg håber da på at der kommer en audit.... jeg har drøftet det noget med vores afdelingsleder faktisk” (2,s15,L 18-19).

Hun efterspørger opbakning fra ledelsen der vil gå foran og initiere relevante tiltag. Hermed synliggøres også deltagerens tilknytning til det monofaglige praksisfællesskab med forbundet ledelseshierarki. Det vil sige at teamets direkte vej for teamudvikling og -forandringsprocesser først går gennem forskellige monofaglige ledere, for dernæst at blive et tværfagligt anliggende. Det kan undre, at der ikke helt naturligt etableres et tværfagligt forum for drøftelse af problemet mod bl.a. fælles sprog.

At benytte en audit (Bilag 6) er et stærkt redskab til at synliggøre behov for forbedring af kvaliteten i den fælles virksomhed. Hermed flyttes den subjektive oplevelse af manglende konsistens og kvalitet i deres skriftlige diskurs til en objektiv fremstilling af problemets karakter og behov for handlingsalternativer.

Ping-Pong

En væsentlig del af teamarbejdet foregår uden for de formalisere teammøder. Teamdeltagerne griber fat i hinanden, når de mødes forskellige steder ”bare i døren” for som de siger ”altså spontaniteten den trives bedst hvis det sådan.. Og nogle gange er man bare nødt til at gribe nuet.” (1,s3,L 44-47). Disse møder fungerer også som grænsemøder. Denne form for grænsemøder har karakter af at gå på besøg hos et andet praksisfællesskab, idet det ofte er tale om at det er terapeuterne, der går på besøg hos plejen for en samtale eller ”ping-pong”:

"Altså, jeg forventer et pingpong, ... Det der med at man lige hiver fat i hinanden på gangen, eller ser at nu er hun også lige der, ... og det er vigtigt for os med det der pingpong. Og med pingpong der mener jeg, at vi fanger hinanden, hvis der er et eller andet omkring patienten, vi har brug for lige at få vendt fagligt." (1,s7,L46-41)

Begge grupper taler om en faglig diskussion og forhandling med divergerende meninger og perspektiver som noget naturligt at kunne forvente af hinanden.

Ofte opsøger terapeuterne som "sagsejere" plejegruppen med en konkret sag til drøftelse med et bestemt formål. Derfor er terapeuterne på forkant med situationen i den faglige refleksion og vurdering og har gjort sig sine argumenter klar. I afsnittet møder hun teamdeltageren fra plejen, der ikke kender dagsordenen og fremfører sine perspektiver på sagen.

Da grænsemødet er spontant og alligevel en del af den fælles praksis, kan det medføre at der hurtigt og effektivt kan træffes beslutning, der efterfølgende kan effektueres og derved fremme patientens pleje-behandlingsforløb. Kvaliteten af de beslutninger der træffes "i døren" kan derved blive mangelfulde, fordi plejegruppens deltager ikke har været forberedt på, hvad hun pludselig skulle involveres i og være medbestemmende om, som den gode beslutning for en patientens pleje og behandlingsforløb. Hun kan opleve sig, som ikke ligeværdige i diskussionen og få en utilstrækkelighedsfølelse over for de vigtige beslutninger der træffes. Det kommer til udtryk på denne måde:

"...jeg tror også nogle gange når I nu kommer op til os og I gerne lige vil snakke med en, så står jeg der og siger nå ja, og så sidder der en på toilettet eller også er der lige en anden ting, og så står man der og svarer halvt og farer forbi." "og så har jeg mine tanker hos ham der sidder på toilet, og en anden der egentligt venter på at få et glas."(2,s24, L. 43-48 + s25,L.1-6)

Foruden det kvalitative aspekt i de beslutninger der træffes, kan disse episoder også have betydning for samarbejde i teamet. Det kan påvirke trivsel, arbejdsglæde og arbejdsindsatsen i det hele taget. Det kan dreje sig om manglende anerkendelse og respekt af, at deltageren lige nu er optaget af en anden del af sin monofaglige virksomhed. Oplevelsen af manglende respekt eller måske opfattelsen af altid at være til rådighed, kan begge føre til at ingen af aktiviteterne bliver gjort til gavn for patienterne.

Ved at betragte teamets mødeadfærd med teammøder og "ping-pong" tyder det på, at teamet er et ekspertteam karakteriseret som ad hoc-team. Det understøttes af deltagerens mange relationer og kontakter til forskellige teams, hvorved der kan være mange forskellige relationsforhold mellem deltagerne (Madsen 2000). Samtidigt bliver det vanskeligt at etablere en social kontakt når kontaktmulighederne er begrænsede til teammøder ca. hver 14. dag og "ping-pong" ad hoc "i toilettdøren, eller på gangen".

Sammenfatning

I dette afsnit vises at de tværfaglige teams på neurologisk afdeling etableres som ad hoc-team karakteriseret som institutionaliserede grænsemødefællesskaber i form af eksperter fra overlappende praksisfællesskaber, der også har krydsende relationer til andre teams. Deltagerne er meget optaget af at have fælles fodslaw, som også kan tolkes som udtryk for ansatser mod et fælles tredje og som en fælles tværfaglig indsigt, hvorved deres komplementære og overlappende kompetencer går op i en højere enhed til gavn for patienterne.

Det fælles fodslaw er samtidig udtryk for, at en teamudviklingsproces har fundet sted, de er blevet bedre til at tale med hinanden. Tidligere kunne de knurre ad hinanden, nu er de i stand til at tale sammen om de fælles mål. De har etableret et kulturelt system med ad hoc-møder af forskellig art, der også viser svagheder i form af at deltagerne trækker sig tilbage til det monofaglige fællesskab, når de bliver usikre på fælles fodslaw. Man kan sige, at der er potentiale i fortsat udvikling mod at blive mere fælles, selv om fællesskabet allerede nu er bedre end det traditionelle med adskilte faggrupper. Det giver mening for dem nu, og en bevægelse er i gang. Men der er en risiko for at det godt kan lande et for usselt sted og at de accepterer samarbejdsrelationerne som de fremstår, hvis det ikke fortsat får opmærksomhed. Det der især skal tildeles opmærksomhed er bl.a. det forhold at deltagerne søger eget monofagligt fællesskab i stedet for at konfrontere hinanden med uenigheder eller uhensigtsmæssige kontaktformer i teamet. Via forskellige grænseobjekter tydeliggøres også at der ikke er fælles sprog. Det kan både medføre kvalitetsbrist i teamets virksomhed og være meningsforstyrrende for teamsamarbejdet. I stedet for en tværfaglig diskussion og forsøg på løsning ad den vej bliver det håndteret via det monofaglige hierarkiske ledelsessystem, herunder forslag om en audit, som et magtfuldt svar.

Positioner og samarbejde

Forestillinger om samarbejde

Selvom den ideelle forestilling om teamsamarbejdet er at der skabes og genskabes nye virkeligheder, et tredje sted, som vejviser for teamets aktiviteter, er det også forventeligt at der kan opstå knaster i samarbejdet, og at der i de kollektive forhandlinger optræder elementer af konkurrence om hvem der skal definere den retning, som teamet skal følge.

Deltagerne gør meget ud af at fortælle at de opfatter sig som ligeværdige i teamarbejdet, "*Vi har lige meget at skulle have sagt og lige stor betydning i ...teamet*" (2, S19,L 40-41) Ingen faggruppe har mere at skulle sige end andre. Retningen bliver formet ved diskussioner i teamet og de når frem

til en enighed, som de følger kollektivt, sådan som det også er beskrevet ifølge neurorehabiliteringsmanualen. Alligevel opstår der situationer som gør teamfællesskabet svært. En sådan situation er:

"...men især i forhold til spisetræning, der kan man godt nogle gange komme lidt ud for at der er nogle i plejen der har nogle andre meninger. Og de syntes at det er synd at den her person ikke kan få noget mad. Men hvor det ikke er forsvarligt at de får noget." (2,s 6,L33-36)

"Altså, det kan være frustrerende når man igen og igen ligesom ... Når man ser den her person der igen og igen siger: Jamen det er da synd, må han ikke få noget. Kan vi ikke give ham noget. Og at vi så igen og igen skal forklare at det altså ikke er forsvarligt lige nu." (2,s7,L10-13)

Der kunne være tale om, at den person der vælger en anden linie end den aftalte har en større erfaring og kompetence, således at hun anser sin position for mere central og derfor ikke behøver at indgå i en meningsskabende dialog med teamets øvrige deltagere omkring sine handlinger. I eksemplet vælges en retning der tilsyneladende ikke er fagligt ekspliciteret og derfor kendt af teamet. Det ser ud til, at hun ud fra sin egen personlige vurdering af situationen begår brud på de indgåede aftaler med teamet. Dette skyldes muligvis at plejepersonalet tilbringer mere tid sammen med patienterne, og derved lettere bliver berørt af følelser og etiske dilemmaer end terapeuterne, der kun er sammen med patienterne i en kort og afmålt behandlingstid.

Handlingen kan tyde på, at hun har givet patienten mad at spise til trods for at hans neurologiske skader er vurderet til at han kan fejlsynke. Fejlsynkning er en alvorlig, muligvis livstruende situation. Dermed kan handlingen få karakter af en utilsigtet hændelse. En utilsigtet hændelse er lokalt rapporterede hændelser, hvor forløbet analyseres og der læres af hændelserne³. Dette viser en uenighed som kan have livstruende konsekvenser og derfor vil det især være en alvorlig fejltagelse, hvis de ikke får diskuteret dette ordentligt igennem i teamet. Desuden kan handlingen krænke en anden fagpersons vurdering af, hvad der er den bedste handling for patienten. Et fagområde som hun ikke selv har ekspertise i, men udelukkende en delvis overlappning til. Hun optræder dermed som en uformel dagsordensætter (Lauvås & Lauvås 2006). Selv siger teamet at det handler om

" at have respekt for de andres fagområder og være tro mod det der reelt er aftalt til teammøderne indenfor rehabiliteringsplanen. Og der må man igennem med sin faglighed, overfor vedkommende. Det er lidt det, som der kan være svært (2, s6,L. 46-48+ s7, L15-16).

"Ja, det er jo det der gør det svært" (2, s.8,L 23).

Teamet taler om at denne tilgang til samarbejde ikke er i orden og skal ændres. Der skal respekt om de involveredes fagområders vurderinger og de beslutninger der tages i teamet. Det drejer sig om *"Vi plejer som vi skal have vendt"*(2s7,L37-38). Således at der ikke fortsætter med at være *"den*

³ Danmark fik i 2004, som det første land i verden en lov om indrapportering af utilsigtede hændelser (Sundhedsstyrelsen 2008)

erfaringsbaserede i stedet for den evidensbaserede” (2,s7,L 40) tilgang der benyttes i behandling og pleje af patienten.

Det er en vanskelig situation for teamet, som det ikke har specifikke redskaber, anvisninger eller støtte til at løse. Dermed kan en sådan latent uenighed være ved, siger Ejrnæs og den holdning som ”sagsejeren” eller den mest indflydelsesrige deltager har til situationen, definerer den. Det kan se ud til at plejen over for terapeutgruppen har en position, som den mest indflydelsesrige deltager, der ikke bliver talt imod. At det forholder sig sådant, vil sikkert ikke være i overensstemmelse med deltagerens selvforståelse, og alligevel vil der kunne eksisteres et hierarki i teamsamarbejdet, som gør konflikter af denne art vanskelige at håndtere. Der kan desuden også, ifølge Bourdieu, være tale om symbolsk vold, som gennemsætter sig ved at den talende, via sin position, er bærer af en specifik social autoritet, der mødes med anerkendelse, om end der er tale om et ikke synligt strukturelt og socialt styrkeforhold i kommunikationen. Når deltagerne tillige indgår i mange krydsende relationer i forskellige grænsemøder, bliver det endnu vigtigere at få fokus på, hvordan der kommunikeres uenigheder i teamet. Af uenigheder har jeg bl.a. tidligere skitseret fysioterapeutens valg af Second best. Her er det en spisesituation, der kan ende som en utilsigtet hændelse. Måske er følgende udsagn meget rammende for de to gruppers opfattelse af den fælles praksis:

”...jeg tror terapeuterne ser stadigvæk der er lidt træningspotentiale, hvor jeg i hvert fald for plejen tænker mere helhedsorienteret.” (1s4, L45-47).

Det kan godt se ud til, at de i teamet ikke helt taler samme sprog og har forskellig opfattelse af og mening om, hvad der er det bedste for patienten. Der er endnu et udviklingspotentiale. Udviklingen af et team vil være en vedvarende proces, hvor læring vil være centralt og de enkelte teamdeltager skal udvikle forskellige kompetencer herunder også kommunikations- og argumentationsfærdigheder (Stelter 2005 s13, Lauvås & Lauvås 2006 s 116).

Det fraværende teammedlem

Ud over de 4 faggrupper der primært deltager i teammøder har lægen, trods sin fraværende position en betydelig funktion i teamet. Lægen er den der træffer de overordnede og væsentlige beslutninger for teamets aktiviteter.

”lægen han træffer den egentlige afgørelse.” (1,s 14,L 14)

”Man kan sige at det som sådan er lægen der står med ansvaret, altså, men han er jo ikke... eller hun er jo ikke.. øh.. en del af vores team”(1,s14,L27-28).”Det er absolut kun i helt specielle situationer”(2,s 13,L8)

”men det er sådan set lægens ansvar, hvis der sker noget, så det er deres afgørelse når patienten udskrives og er færdigbehandlet, fordi det er lægen der i sidste ende færdigbehandler patienten.”
(1,s14 L23-25)

Han har en position, hvorfra han definerer hvornår teamet afslutter deres aktiviteter. Selv om teamet har retten til at definere hvornår patienten rehabiliteringsmæssigt er klar til udskrivelse, så er det i sidste ende lægen der konkluderer og beslutter om patienten kan udskrives. Han har mandat til at fastsætte de ”officielle mål” for det enkelte patientforløb. Samarbejde mellem lægen og teamet udtrykker teamet på denne måde: *”vi er gode til at inddrage lægen, hvis der er nogen usikkerhed”* (1,s15,L.6-7). Lægen bliver også benyttet til at afgøre faglige tvister, når en teamdeltager oplever at hun har vanskeligheder med at få opbakning til et fagligt synspunkt i teamet.

”...jeg syntes patienten skulle til en neuropsykolog og det syntes ergoterapeuten også og plejen syntes det ikke, ...jeg gik ned til min leder: Er jeg er helt gal på den i forhold til det og det og det. Og så fik vi en snak om.. jamen, og så vendte vi det med lægen og så fandt vi en løsning på det.
(1,s.12,L.47-48 + s.13,L.1-2).

Fra sin egen marginale position i teamet er hun ikke i stand til at kommunikere og argumentere, sådan at plejegruppen er enig med hende i hendes disposition. Teamet er uenigt, hvorfor hun som ”sagsejer” går til baglandet for opbakning. Med lederen i ryggen inddrages lægen. Med lægens accept kan hun vende tilbage til teamet og meddele at lægen har sendt en henvisning til neuropsykologen.

Tvisten løses tilsyneladende ikke i teamet med ”det gode argument”. Sagsejeren søger opbakning til sin indstilling udenfor teamet og med lægens henvisning som triumf, har hun opnået, det hun ville. Dermed har hun med sin henvendelse udenfor teamet muligvis gjort det bedst faglige for patienten, men for teamsamarbejdet, kan der lure en latent konflikt. Især hvis det bliver den legale måde at løse konflikter i teamet på.

Lægen er fraværende i teamet, men ikke fraværende i forhold til patientbehandlingen. Han kommer på stuegang og det er også muligt for teamdeltagerne at lave aftaler med lægen. Dilemmaet med den fraværende læge i teamarbejdet er alligevel oplagt og kan få konsekvenser for patientbehandlingen: *”Så er det ikke altid at jeg lige fanger lægen når han er der og så fanger jeg ham måske heller ikke dagen efter og så går det så ligesom ud i glemslen, det jeg ville have spurgt om”* (2,s13,L 40-42).

Den enkelte deltager ”fanger” lægen ved lejlighed for at få afklaret tvivlsspørgsmål. Det er denne mødeform, der er den mulige i forhold til de lægeressourcer der er til rådighed. Dermed giver det god mening for deltagerne at udtrykke det på denne måde: *”Så på den måde så er lægen jo med i teamet når vi har brug for det”* (1,s14,L.1-2) Det ser ud til at de gør en dyd ud af lægens fravær.

Samarbejdet med lægen kan være den joker en deltager benytter når enighed i teamet ikke kan opnås. Som fraværende magtfaktor gør konstellationen måske at teamet i en vis udstrækning bliver tømt for handling, idet den der skal træffe beslutningerne er fraværende og ikke indgår i teamdrøftelsen, men fortrinsvis lytter til én faggruppes fremstilling af problematikken.

Sammenfatning

I dette afsnit påvises at deltagerne selv taler om at de er ligeværdige og har lige meget at sige i teamet. Alligevel er der tegn på at underliggende mentale vaner og strukturer fanger deltagerne ind i en hierarki af positioner, der bliver styrende for deres handlinger. Når en deltager handler erfaringsbaseret og dermed risikerer at udløse en utilsigtet hændelse, kan patientens liv bringes i fare. Refleksionerne over handlingerne er ikke grundlagt på den nyeste og evidensbaserede viden, som det må forventes af professionelle sundhedsmedarbejdere. Hermed synliggør de et påkrævet fokusområde for monofaglig udvikling. Desuden viser den mulige krænkelse andre deltagers faglige ekspertise, på usagligt grundlag, at der også er behov for teamudvikling med fokus på grundlæggende antagelser og værdier som styrende for, såvel den fælles virksomhed som for teamsamarbejdet. At der er tale om konfliktstof understøttes af den tilsyneladende ”undgåelse” der viser sig i deres håndtering af spisesituationen. Der kommer ingen fælles beslutning på, hvordan sagen håndteres. Man fortsætter som man plejer. Når deltagerne tillige indgår i mange krydsende relationer i forskellige grænsemøder, bliver det endnu vigtigere at få fokus på hvordan uenigheder i teamene kommunikeres.

Den fraværende teamdeltager, lægen, er ikke tilstede, når teamet har brug for at træffe beslutninger. I stedet fungerer han som en joker en faggruppe kan benytte i en trængt situation hvor enighed i teamet ikke kan opnås. Udover den formelle myndighed, som den der har ansvaret for at udskrive patienten bliver han også en magtfaktor som træder til når deltagerne har behov for at træffe beslutninger, der vil være vanskelige at nå frem til i teamet alene. Dermed bliver det også muligt fortsat at eliminere uenighed fra teamsamarbejdet.

Diskussion og konklusion

Jeg vil i dette afsnit diskutere og konkludere på nogle af de læreprocesser, som jeg har fremstillet i det foregående afsnit. Indledningsvis vil jeg skitsere opgavens hovedområder.

Indledningsvis blev påvist at der er stor politisk bevågenhed på tværfagligt samarbejde som løsningen på sundhedsvæsenets kvalitetsproblemer, med sikring af at patienterne får kontinuitet og

sammenhæng i deres forløb. Dette gælder bl.a. inden for neurorehabiliteringsområdet. Ved litteraturgennemgangen stod det klart, at teksterne fortrinsvis beskrev hvordan forskellige aktører etablerede tværfagligt samarbejde, og de mange fordele der er for patienterne. Teksterne belyste ikke forandringsprocessen og hvilke læringsmæssige udfordringer det havde ført med sig. Dette blev grundlaget for nærværende undersøgelse. De spørgsmål jeg ønskede at belyse var:

Hvordan lærer sundhedsprofessionelle at praktisere som tværfagligt teams og hvordan udvikles tværfagligheden.

Med udgangspunkt i en socialkonstruktivistisk tænkning har min teoretiske forforståelse primært været baseret på Lauvås & Lauvås og Stelter mhp udvikling af og uddybning af samarbejde i tværfaglige teams. Og med inddragelse af Wenger og Mezirow har jeg overvejende haft fokus på social læring og praksisfællesskaber og i mindre omfang på individuel læring.

Mit empiriske grundlag er indhentet på en neurorehabiliteringsafdeling på et hospital. Afdelingen har haft formaliseret teamstruktur siden starten i 2003. Der var i starten fælles undervisning i forhold til samarbejde i tværfagligt teams og fagligt orienteret undervisning. Efterfølgende har der, via efteruddannelsesafdelingen været afviklet tværfaglige undervisningsforløb fx om pårønderarbejde, som en del af personalet har deltaget i. Derudover har deltagerne fortrinsvis været på monofaglige kurser.

Jeg gennemførte 2 fokusgruppeinterview der repræsenterer de 4 faggrupper, der overvejende indgår i teamstrukturen. Social- og sundhedsassistenten, sygeplejersken, fysioterapeuten og ergoterapeuten. Lægen som også tilhører teamet, deltog ikke i interviewet, hvilket også afspejler at han overvejende er fraværende, om end hans position i teamarbejdet er afgørende.

Jeg vil i det følgende diskutere sammenhænge mellem de teoretiske og empiriske iagttagelser på tværs af empirien og på baggrund af de tematikker, der var skitseret fra displayet. Det viser 2 overordnede tematikker, der er kommet i spil. Det første tema drejer sig om faggruppernes primære tilhørsforhold til det monofaglige praksisfællesskab, og det andet tema drejer sig om, at det tværfaglige samarbejde er etableret i ad hoc-teams.

Primært tilhørsforhold

Godt i gang

Der er historier om måden deltagerne arbejder sammen på. De tværfaglige teams er kommet rigtig godt fra start:

"...jeg synes bestemt, at det er værd at værne om, det kommer patienterne til gavn, at vi har fælles fodslaw" og "vi har et godt tværfagligt miljø her" (1,s24,L 42-44).

De er meget optaget af fælles fodslaw, som kan tolkes som ansatser mod et fælles tredje og som en fælles tværfaglig indsigt, hvorved deres komplementære og overlappende kompetencer går op i en højere enhed, til gavn for patienterne, som det udtrykkes. Hermed er deres udsagn om de mange fordele ved tværfagligt samarbejde på linie med artikelfundene jeg tidligere har omtalt.

Empirien giver ikke entydige svar på, hvordan teamet arbejder, men at deltagerne får input fra de andre deltagende fag og at disse bliver reflekteret med egen faglighed. På den måde går den fælles indsats med fælles fodslaw op i en højere enhed, viser udsagnene og det kan se ud til at de derved lever op til den "Nationale Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet" om høj kvalitet, kontinuitet og sammenhæng i patientforløbet (Sundhedsstyrelsen 2002). Min undersøgelse giver dog ikke indblik i en evt. kvalitetsmonitorering.

De vil bestemt gerne det tværfaglige samarbejde, men alligevel er de mest i det monofaglige praksisfællesskab. Med den politiske introduktion af tværfaglige samarbejde i 1980'erne var udmeldingen, at der skulle ske en udviskning af faggrænserne. Til dette har Lauvås & Lauvås udtalt at det ikke var løsningen.

I følge min undersøgelse står det klart, at faggrænser og de tilhørsmuligheder der er inden for disse har afgørende betydning. Det er dette tilhørsforhold der giver mest mening. Der er deres engagement relateret til kolleger i den fælles virksomhed fx fysioterapi. Det giver den enkelte en identitetsmæssig styrke i sin kerneydelse og kundskabsfelt, et rygstøtte der ruste hende til at bidrage fx "*specifikt fysioterapeutisk*" til det tværfaglige arbejde og til kollektive forhandlinger, hvor de opfatter sig som ligeværdige og har lige meget at skulle have sagt.

Monofaglige karakteristika

Det monofaglige tilhørsforhold, som det kommer til udtryk via empirien har forskellige karakteristika, der viser faglige og identitetsmæssige forskelle på faggrupperne.

Fysioterapeuterne og ergoterapeuterne fremtræder både som selvstændige fagpersoner og som terapeuter. De har deres fællesskab fysisk placeret i kælderen adskilt fra plejegruppen og patienterne oppe i huset. Både dem selv og plejegruppen konkluderer at terapeutgruppen er mere målorienterede end plejegruppen. Dette ses bla. i manglen på fælles sprog i fx ICF-rapporten. Hvilket både udgør udfordringer og barrierer for teamarbejdet og de er fokuserede på den evidensbaserede behandling. Her er terapeutgruppen på linie med lægegruppen der traditionelt set har afsat i det naturvidenskabelige paradigme - den rationelle videnskabelige fornuft.

Der er tegn på, at der er en relativ større sammenhæng mellem læge- og terapeutgruppens faglige forståelse og sproglige diskurs i relation til neurorehabilitering (Møller 2007s.241). Dette giver empirien dog ikke direkte belæg for at konkludere, idet der ikke er noget bidrag fra lægen. Han var fraværende ved interviewet, hvilket også indikerer hans ”fraværende rolle” på teammøderne. På den ene side siger teamet at ”lægen ikke er en del af teamet” og der næst at ”lægen er jo med i teamet når vi har brug for det”. Det tyder på, at teamet har tilpasset sig det vilkår, at lægen mest er fraværende, men kommer på besøg, og at de kan trække på hans bidrag, ved selv at opsøge ham for at få støtte for en bestemt definition og beslutning af en sag. Hvilket især terapeutgruppen benytter sig af. Derved fungerer han som en joker, de kan benytte i en trængt situation, hvor enighed i teamet ikke kan opnås. Udover den formelle myndighed, som den der har ansvaret for at udskrive patienten, bliver han også en bagvedliggende magtfaktor som træder til, når deltagerne har behov for at træffe beslutninger, der vil være vanskelige at nå frem til i teamet alene.

Sygeplejerskerne og sosu-assistenterne fremtræder som en fælles kategori og ikke som selvstændige monofaglige praksisfællesskaber på lige fod med de øvrige deltagere i teamet, hvilket også er legitimeret af den officielle sproglige diskurs. Empirien præciserer at plejen fremtræder mere helhedsorienterede i forhold til de andres målorientering, og at de også i nogen udstrækning handler erfaringsbaseret i stedet for evidensbaseret. Alligevel er der en bevægelse og en ændring på vej mod ”at det bliver mere vores fælles mål” siges der. Dette kan desuden være tegn på en udvikling mod fælles kundskabsgrundlag og en faglig udvikling inden for de bidragende fag.

Kontaktpersonsordningen gør at plejegruppen tildeles en særlig rolle som koordinator og projektleder for patienten. Hermed tages der hånd om en af de få ulemper der tales om ved tværfagligt samarbejde. Udmøntning af denne funktion medfører kontinuerlig forhandling i det monofaglige praksisfællesskab mhp. opfattelse af og indbyrdes forståelse af den fælles praksis. Rolletildelingen indbefatter også koordinering af det tværfaglige teams samlede aktiviteter. Samtidigt viser det, at teamet får fokuseret sin hierarkiske opbygning. Plejegruppen i en særlig koordinerende rolle, terapeuterne der er eksperter og kommer på besøg og lægen, der er fraværende, og alligevel nærværende i deres bevidsthed og for lokale beslutninger.

Det fælles fodslaw er udtryk for at en teamudviklingsproces er i gang. De er blevet bedre til at tale med hinanden. Hvor de tidligere kunne knurre ad hinanden, taler de nu sammen om fælles mål. Tegnene viser, at de er i færd med at udvikle et stort gensidigt engagement i den fælles virksomhed ”det gode patientforløb” gennem afgrænsningen af teamfællesskabet og gennem forbindelser mellem det og de monofaglige praksisfællesskaber.

Det stærke tilhørsforhold til det monofaglige fællesskab kan også medføre træghed ved indførelse af en ny praksis. Selv om den nye praksis ”middagskonference” italesættes som en god nyhed, så bliver det, at undgå uenighed, en drivkraft for trægheden, fordi den nye praksis virker meningsforstyrrende. Den gør det muligt at synliggøre interne uenigheder og forskelle der af deltagerne ubevidst ikke ønskes italesat og ekspliciteret. Uden konference er der ingen latent uenighed at spore – kun konsensus.

Ad hoc-team

At praktisere som tværfagligt team

De tværfaglige neurorehabiliteringsteams har jeg betegnet som et ekspertteam med komplementære og overlappende fællesskaber. Hermed har jeg også skitseret at teamet ikke kan betragtes som et socialt praksisfællesskab i Wengers forstand. Teamet har etableret et gensidigt engagement i teamet, om end partialiteten har udgangspunkt i det monofaglige praksisfællesskab. De har en fælles praksis, hvor der foregår kollektive forhandlingsprocesser som resulterer i den fælles virksomhed, som skal være til gavn for patienten. De har grænseobjekter der fungerer som forbindelser mellem praksisfællesskaberne. Men som jeg har vist er fælles sprog en mangel, og dermed har de kun et delvist fælles repertoire.

Med den struktur der er valgt for teamkonstellationen på neurologisk afdeling er det ikke videre sandsynligt at teamet kan udvikle sig til et praksisfællesskab, bl.a. fordi det sociale fællesskab har vanskelige kår. Som beskrevet har de udviklet og tilpasset deres praksis og deres fællesskab, så arbejdsgangene opfylder teamets behov. Deltagerne har hver især en faglig ekspertise fra overlappende praksisfællesskaber, der også har mange andre krydsende relationer. Det etableres lidt tilfældigt, hvor deltagerne mødes i nye teams tilfældigt, og dermed i mange skiftende og krydsende relationer. Det medfører at deltagerne både skal forholde sig til sin deltagelse i det lille team bestående af en deltager fra hver af de 4 faggrupper, sit eget monofaglige fællesskab, de mange andre deltagere i teamarbejdet i løbet af døgnet, foruden sin egen deltagelse i øvrige teams. På den vis bliver det til ganske mange krydsende relationer og gensidige forhold den enkelte deltager skal forholde sig til i relation til de forskellige patientforløb, og det vanskeliggør etablering af et socialt fællesskab. Det viser desuden at det kan være ganske uoverskueligt at få etableret en fornuftig kommunikation om sagen og blive enige om retning på den. Det var netop det, der skulle være meningen med det tværfaglige team, at deltagerne gennem deres kommunikation med hinanden får integreret teori og metode fra de deltagende fag mhp. udvikling af fælles tværfaglig indsigt. Dette

kommunikationsdilemma kan anspore deltagerne til at afgrænse sig og blive fastlåst i et kulturelt flerfagligt fællesskab med tilpasning af de umiddelbare og mulige betingelser for det lille team, med hver sin monofaglig referenceramme. De fungerer som ad hoc-team, karakteriseret ved institutionaliserede grænsemødefællesskaber i form af hyppige og effektfulde "Ping-Pong"-møder og de sjældnere teammøder.

Det tyder på, at der er lavet en teammødestruktur som ikke kan rumme teamets behov.

Teammøderne er for sjældne og derfor etableres løbende adhoc-møder. Dette gælder også for møder med lægen. Der er tegn på en kontinuerlige bevægelse mellem det monofaglige praksisfællesskab på den ene side og adhoc-teamet på den anden side. Dette forhold har en afgørende betydning for deltageres meningsforhandling.

At undgå uenighed

Der er historier der viser et spændingsfelt som mere har karakter af at dræne teamet for energi. Disse drejer sig om, at der i teamet opstår konfliktende situationer, og i deltageres iver efter at fastholde fokus på, at det skal være til gavn for patienten foregår der en "undgåelse", som tjener en eliminering af uenighed i teamet..

Dette forhold viser sig på flere forskellige måder. Det drejer sig om grænseobjekter der tydeliggør at der ikke er fælles sprog. Det kan både medføre kvalitetsbrist i teamets virksomhed og være meningsforstyrrende for teamsamarbejdet. I stedet for en tværfaglig diskussion og forsøg på løsning ad den vej, bliver det håndteret via det monofaglige hierarkiske ledelsessystem, herunder "truslen" om en audit, som et magtfuldt svar, væk fra teamet.

En anden historie er utilfredsheden når "Ping-pong"-møder medfører u hensigtsmæssige kontaktsituationer med udslag af utilstrækkelighedsfølelse, som ikke bliver gjort til genstand for konfrontation og nyforhandling af situationen.

En tredje historie er når en deltager tilsyneladende handler erfaringsbaseret, som i "spisesituationen", der kan risikerer at bringe patientens liv i fare og blive kategoriseret som en utilsigtet hændelse. Teamet reflekterer selv over at handlingen bør foregå på grundlagt på den nyeste og evidensbaserede viden. Alligevel kommer der ingen fælles beslutning på, hvordan sagen skal håndteres. Man fortsætter som man plejer og undgår konflikten i teamet. For hændelsen blev sikkert aldrig indberettet, fordi der ikke blev en sag. Men den synliggør et spændingsfelt om at undgå uenighed om en meget uheldig praksis, der kunne få fatale følger og dermed et påkrævet fokusområde for både monofaglig og individuel udvikling vedr. aflæring af gamle rutiner og vaner

og udvikling af nye videnformer der inkluderer evidensbaserede retningslinier, og for en kollektiv forholdemåde til en så alvorlig situation. Også den mulige krænkelse af andre deltageres faglige ekspertise, på usagligt grundlag, viser behov for teamudvikling med fokus på grundlæggende antagelser og værdier som styrende for, såvel den fælles virksomhed som for teamsamarbejdet i det hele taget.

Empirien viser at de meget gerne vil være et godt neurorehabiliteringsteam, og teamprocessen afspejler at de undgår at konfrontere hinanden med uenigheder, og dermed selv er med til at vanskeliggøre en forandring. Endnu et eksempel er fysioterapeuten ræsonnement, fordomsfuldt eller ej, med second best om ”det kan vi ikke få sygeplejerskerne til” opfattelse hvilket betød en behandling, der ikke var den bedst mulige, netop for at undgå at lave forstyrrelser og kaos i teamet. Der vil således være tale om store udfordringer, med mange forandringsprocesser i deres fælles praksis. Ud over den monofaglige styrke medfører det dobbeltsidige tilhørsforhold også en træghed for teamarbejdet, når væsentlige beslutninger først skal afklares og opnå styrke i det monofaglige fællesskab inden det bringes i spil i teamet.

Med den praksis teamene lige nu opretholder, hvor de går til eget monofaglige fællesskab, til ledelsen eller til lægen for at håndtere uenigheden, inden de vender tilbage til teamet, medvirker de selv til at opretholde en fornemmelse af kontinuitet midt iblandt alle diskontinuiteterne. Når deltagerne tillige indgår i mange krydsende relationer i forskellige grænsemøder, bliver det endnu vigtigere at få fokus på hvordan de kommunikerer uenigheder i teamet mhp. udvikling. En teamudviklingsproces der både vedrører udvikling af mentale læreprocesser, udvikling af praksis og evne til at forhandle mening.

Udvikle tværfaglighed

Teamet giver deltagerne mulighed for konstant formidling og forhandling af faglig ekspertise og dermed den individuelle erfaring, samtidig med at andre faggruppers viden og indsigt bliver tilgængelig. På teammøderne og ”ping-pong”-møderne forhandler de den fælles praksis, der handler om at deres fælles virksomhed skal være til gavn for patienten. Det ligger dem meget på sinde dette normative udtryk. Da empirien ikke giver indblik i hvad det præcist betyder, når deltagerne siger ”*det skal være til gavn for patienten*” er det ikke ensbetydende med at der ikke en officiel udmelding. For neurorehabiliteringsindsatsen på afdelingen er bundet op på nationale og internationale koncepter og standarder (RVSK 2003). Men for at undgå at det er uformelle dagsordenssættere der definerer indsatsen og målene, som det blev synligt i ”spisesituationen”, kan

det være hensigtsmæssigt, at det store fællesskab med de mange små teams gendrøfter deres selvfølkelige måder at anskue situationer og prioritere handlingsalternativer. Måske drejer det sig også fortsat om at få skabt en fælles værdisætning for deres fælles praksis. Dilemmaer kan derved imødegås og det kan endda blive muligt at få opbygget en tværfaglig indsigt .

Som jeg har vist, er fokus for teamarbejdets resultat, at det skal være til gavn for patienten, Deres arbejde sammen, deres teammøder og Ping-pong-møder er steder for deres fælles engagement, hvor de taler med hinanden, udveksler informationer og meninger foruden påvirker hinandens forståelse af situationen. Det betyder at der helt rutinemæssigt sker en integrering og redefinering af situationen fx når en deltager underviser eller vejleder en anden deltager i den bedste fælles forflytningsmetode, eller som de selv siger, at de får fælles fodslaw. Alligevel er der tegn på at tværfagligheden har forholdsvis vanskelige kår, idet undersøgelsen tyder på, at der foregår flest faglige diskussioner i de monofaglige praksisfællesskaber. Det kan derfor se ud til, at det der foregår i teamet bliver flerfaglige diskussioner, der bliver praktiseret parallelt med hinanden og koordineret i teamet, hvis det er muligt at blive enige.

Teamene taler selv om at det netop er der teamarbejdet bliver svært. Det vil derfor være centralt for teamudviklingen at få ændret på dette. Som det ser ud lige nu, gør deltagerne ikke det stykke arbejde der handler om ”Hvordan arbejder vi sammen i vores team?” De forholder sig ikke til dette på et metaniveau. Det gør, bl.a. at de kan undgå at forholde sig til forskelligheder og uenigheder. Men de er ganske enkelt nødt til at tage disse metadiskussioner og forholde sig til de konsekvenser det medfører, hvis samarbejdet skal være tværfagligt. Det er også et vigtigt fokus for udvikling af trivsel, arbejdsglæde og for arbejdsindsatsen i det hele taget.

Det kan ske ved at udvide fokus til også at indbefatte at forandring og læring altid vil være indbygget i praksis og være forbundet med både kontinuitet og diskontinuitet. Foruden et fokus på resultatet af teamarbejdet skal være til gavn for patienten, så også fokusere på teamarbejdet som læreprocesser og det, der er svært i teamarbejdet, som rummer læringspotentialer, netop fordi deltagerne oplevelser, erfaringer og mentale vaner bliver udfordret. Der kan være tale om at øge indsigten i det komplementære og dermed opbygge en tværfaglig indsigt, som Lauvås & Lauvås taler om, uden dog at komme nærmere hvad indsigten især handler om, men kun at det er i de overlappende områder der er risiko for konflikter mellem fagene. Netop konflikter i overlappende områder er der tegn på i nærværende undersøgelse skitseret under betegnelsen ”undgåelser”. Disse fordrer udvikling af tværfaglig indsigt.

Det er min opfattelse at undersøgelsen giver anledning til at tale om en kritisk nødvendig udviklingsproces vedr. tværfaglighed.

Perspektivering

Når jeg kigger på det tværfaglige neurorehabiliteringsteam kan jeg konstatere, at det har et godt fundament at arbejde på i forhold til teamudviklingsprocessen. Der er også nogle tegn på at den ad hoc-struktur, der er valgt for teamkonstellationen giver nogle problemer for teamets samarbejde, arbejdsindsatsen og for resultatet af deres arbejdsindsats.

Jeg vil anbefale at der bliver taget initiativ til nogle metadiskussioner om teamarbejdet. Det drejer sig bl.a. om at tydeliggøre de faglige forskelligheder og dermed overveje om bevægelsen mellem det monofaglige praksisfællesskab på den ene side og adhoc-teamet på den anden side er nødvendigt i samme omfang. Man kan spørge: Hvad skal der til for at deltagerne vil stå mere sikker som fagpersoner i det tværfaglige team?

Et særligt kritisk område ser ud til at være deres måde at håndtere ”undgåelser” på. Der er behov for nye måder at orientere sig på i teamet med udvikling af arbejdspladskulturen, så det ikke længere anses for et ubetinget gode med enighed i det faglige og tværfaglige samarbejde. Der skal skabes rum for at vise sin usikkerhed og at det er legitimt at være uenige.

En egentlig evalueringsproces vedr. hvordan det er gået med teamudviklingsprocessen og arbejdsindsatsen siden afdelingens start kan være relevant. Den energi der ligger i deltageres uenigheder kan med fordel sættes i spil i en udviklingsproces der inkluderer metakognitive processer og transformation i relation til teamudviklingsprocessen. Denne refleksion er i følge Mezirow særdeles krævende. Det kan derfor anbefales at benytte en supervisor.

I alt fald tyder undersøgelsen på potentiale for udvikling mod en kvalificering af de tværfaglige teams og for at de bliver mere tværfaglige i steder for flerfaglige. Der vil kunne frigøres megen energi hvis deltagerne tør gå mere i clinch med hinanden når uenigheder opstår.

Teamudviklingsprocessen skal, for at lykkes, omfatte udvikling af både faglige-, sociale-, kognitive, viljesmæssige og følelsesmæssige kompetencer. Dette forudsætter en høj grad af ledelsesinitiativ og -opbakning med særligt fokus på arbejdspraksis og rammerne for arbejdet. For man kan spørge, om deltagerne skal udkæmpe alle kampe vedr. deres fælles virksomhed og metadiskussioner om teamprocesser, i det lille team, eller der er nogle grundlæggende tværfaglige uklarheder i organisationen vedr. teamstrukturens udvikling og ansvar for igangsætning af de nødvendige læreprocesser. Empirien i denne undersøgelse antyder det.

En eftertanke

Udvikling af en tværgående lærings og uddannelsesstrategi var egentlig mit første fokus. Jeg kan afslutningsvis konstatere, at jeg uden at have haft fokus på dette gennem opgaven her, alligevel er blevet lidt klogere på dette også. Der er rigtig mange forhindringer og barrierer på spil når en tværfaglig gruppe skal etablere et samarbejde mhp. den tværgående opgave. Det er tilsyneladende en meget krævende og læringsfuld proces at bevæge sig fra det monofaglige fællesskab til et tværfagligt fællesskab, hvor andre positioner og uenigheder skal håndteres. Det er mere enkelt og trygt at blive ”hjemme”.

Metodediskussion

Mit snit for denne undersøgelse har været på den enkelte fagperson og på arbejdsfællesskabet i teams, mhp. at få indblik i nogle forandringsprocesser og udviklingstendenser på en konkret arbejdsplads. Dermed har jeg haft fokus på individuelle og kollektive læreprocesser, hvilket mit teorivalg og empirifokus også har haft som perspektiv.

Min undersøgelse siger udelukkende noget om, hvad jeg har kunnet fremanalysere fra den konkrete undersøgte praksis, om end jeg har forsøgt at modvirke vilkårlig subjektivitet. Den afspejler teamarbejdet på neurorehabiliteringsafdelingen på et hospital. Data kan derfor ej heller tages til indtægt for at sige ”hele sandheden” om tværfagligt samarbejde. Alligevel har min intension været at sige noget konkret om teamsamarbejdet i den lokale kontekst, og trække nogle tendenser frem, der rækker mod en større indsigt og forståelse af fænomenet og dens aktualitet. Hermed også at perspektivere over tværfagligt samarbejde, muligheder og udfordringer som ledere og medarbejdere med fordel kan medtænke, når de skal i gang med udvikling af tværfagligt samarbejde og teamdannelser.

Der er min vurdering, at der har været overensstemmelse mellem de valgte teorier, strategier og dataproduktionsmetode, og at valgene har kunne føre frem til belysning af de stillede spørgsmål i undersøgelsen.

Referencer

- Andersen, F. (2003) *Hvad er narrativ forskning?* Servicestyrelsen, København. s. 1-5.
- Arbejdsgruppe. (2007) *Projektbeskrivelse vedrørende etablering af tværfaglig klinisk uddannelsesenhed ved ortopædkirurgisk afdeling, Fredericia og Kolding sygehuse*. Udgivet af Fredericia Sygehus, Kolding Sygehus, Det sundhedsvidenskabelige fakultet ved syddansk universitet, CVU Lillebælt og CVU Vest.
- Bojln, S. (2003). Det fokuserede gruppeinterview. I: Lunde, M & Ramhøj, P.(Red) *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. Akademisk Forlag. s. 169-181.
- Bottrup P. (2001) Caseanalyse om arbejdsliv og læringsrum. I: Pedersen, K. B. & Drewes Nielsen, L.(Red) *Kvalitative metoder - fra metateori til markarbejde*. Roskilde Universitetsforlag. s.190-208 2001A
- Bottrup, P. (2001) *Læringsrum i arbejdslivet – Et kritisk blik på Den Lærende Organisation*. Forlaget Sociologi. s. 103-118. 2001B
- Bottrup, P. (2002) At skabe rum for læring i arbejdslivet. I: Illeris, K. *Udspil om læring i arbejdslivet*. Roskilde Universitetsforlag.
- Bourdieu, P.(1999) *Understanding*. I: Bourdieu, P. (2002) *The Weight of the World - Social Suffering in Contemporary Society*. Polity Press. Cambridge, UK. s. 607-626
- Bülow-Lehnsby, A. Grønbeck, L. Krebs, L. Langhoff-Roos, J. (2006) *Elektivt section-team – en organisatorisk nyskabelse*. Ugeskrift for læger 2006; 168 (47): 4085
- Dahler-Larsen, P.(2002) *At fremstille kvalitative data*. Odense Universitetsforlag.
- Dalgaard, P. Højgaard, H. Meyer, M. Søttrup, G. Østerby, S. (2007) *Tværfagligt læringsforløb i forhold til apopleksipatienten på Sygehus Viborg*. Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup. http://www.sygehusviborg.dk/graphics/SygehusViborg/Arbejdspladsen/Afdelinger/Uddannelse_for_sknning/Grunduddannelserne/Sygeplejestudiet/Tvaerfaglige_uddtilbud/Program_tvaerfagligt_laering_sforlob_25maj07_BYN.pdf
- DSKS: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (Nyhedsbrev November 2002) *Kvalitet i det samarbejdende sundhedsvæsen*. Side 1 http://www.dsks.dk/grafik/nyhedsbrev_november_2002.pdf
- Ejrnæs, M. (2004) *Faglighed og tværfaglighed – Vilkaerne for samarbejdet mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere*. Akademisk forlag København
- Ersland, A.E. Baranczyk, J. Nordstrøm, K. Håvåg, G.S. Bråtveit, B. (2002) *Bedre lindring med tværfaglighed*. Sykepleien. nr. 20/2002
- Haslebo, G. (2004) *Relationer i organisationer – en verden til forskel*. Dansk Psykologisk Forlag

Hastrup, K. (1989) Kultur som analytisk begreb. I: Hastrup, K. og Ramløv, K (Red): *Kulturanalyse - Fortolkningens forløb i antropologien*. Akademisk forlag. s. 11-21

Høyen, M. (2005) *Den faglige selvforståelse – en undersøgelse af faggrupperes ethos baseret på Pierre Bourdieus sociologi*. Den kgl. veterinær- og landbohøjskole. Frederiksberg, C.

IKAS: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (2007) Pilottest – sygdomsspecifikke temaer.
<http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw201.asp>

Illeris, K. (1999) Læring. I: Illeris, K. (red) *Tekster om læring*.(2000) Roskilde Universitetsforlag

Jacobsen, F. (2007) *Af rapportering: det tværfaglige prægraduate kliniske studieafsnit ved ortopædkirurgisk klinik Regionshospitalet Holstebro*. Udgivet af Region Midt, CVU Vita og Aarhus Universitet.

Jonasson, C. (2007) *Når kontaktpersonsordningen tages i brug – om anvendelse af kontaktpersoner til organisering af patientforløb og inddragelse af brugere*. Regionshuset Viborg. Region Midtjylland.

Jørgensen, C. H. Warring, N. (2002) Læring på arbejdspladsen. I: Illeris, K (red) *Udspil om læring i arbejdslivet*. Roskilde Universitetsforlag. s. 37-63.

Jørgensen, K. M. (2005) Værdier, kvalitet og læring – Kvalitetsudvikling på et sygehus. I: Jørgensen, K.M. Rasmussen, P. *Forandringsprojekter som organisatorisk læring*. Aalborg Universitetsforlag. s. 145-168.

Knudsen A. (1989) *En ø i historien*. Korsika - Historisk antropologi 1730-1914. Basilisk. København. s 11-48.

Kolbæk, L. (2005) *Henvendelse til regionshospitalet om empirisk dataindsamling*. Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup.
<http://www.sygehusviborg.dk/sw58047.asp>

Kvale, S. (2004) *Interview - En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag. 11. oplag 2004

Lave, J. & Wenger, E. (2005) *Situeret Læring og andre tekster*. Hans Reitzels Forlag. København.

Lauvås, K. Lauvås, P. (2006) *Tværfagligt samarbejde - perspektiv og strategi*. 2. udgave. Klim, Århus.

Lindgren, G. (1992) *Doctorer, Systrar och Flickor – Om informell makt*. Carlssons Bokförlag, Stockholm.

Madsen, B. (1997) *Dialog og gensidig forståelse – Om klar kommunikation i organisationer*. Dansk kommunalkursus og Den Kommunale Højskole i Danmark. Kap. 4.

Manniche, C. Thomsen, B. (2001) *2-års status med fokus på den konkrete erfaring i teamdannelse og tværfaglighed*. Ugeskrift for læger 2001.; 163 (16): 2270

Mezirow, J. (1990) Hvordan kritisk refleksion fører til transformativ læring. I: Illeris, K (Red) *Tekster om læring*. Roskilde Universitetsforlag (2000) s. 67-82.

Mezirow, J (2000) At lære at tænke som en voksen. I: Illeris, K & Berri, S. (Red) *Tekster om voksenlæring*. Roskilde Universitetsforlag (2005) s. 89-104.

Mezirow, Jack (2007) Transformativ læring – overblik, svar på kritik, nye perspektiver I: Illeris, K. (red) *Læringsteorier Seks aktuelle forståelser*. Roskilde Universitetsforlag. s 111-133.

Morsing, M. (1999) Kultur og uddannelse – at skabe læringskulturer. I: Clematide, B. Lassen, M. *Virksomheden og Det udviklende Arbejde – et kritisk blik*. Samfundslitteratur. Frederiksberg C

Møller, M.L. (2007) ICF – Et redskab i rehabiliteringsprocessen? I: Jensen, L. Petersen, L. Stokholm, G. *Rehabilitering – Teori og praksis*. FADL's Forlag

Nielsen, K. S. (2004) *Fortællinger i organisationer – Narrativ praksis*. Gyldendal Erhvervsfaglig redaktion.

Nymark, S. (2001) Organisatorisk læring gennem den værdibaserede organisations fortællinger. I: Christensen, A. Lauersen, E. Nielsen, K. Mølvadgaard, O. Nymark, S. Rasmussen, J. Vøxted, S. Wadskjær, H.(Red) *Det lærende perspektiv*. Aalborg Universitetsforlag. s 37-57.

Nørgaard, B. (2005) *Læring i et tværfagligt praksisfællesskab*. Klinisk sygepleje. 19 årgang, nr. 4. s. 60-65.

Pedersen, B. D. Poulsen, I. K. Ringsted, C.V. & Schroeder, T.V. (2006) *Træning af tværfaglig kommunikation og samarbejde omkring stuegang for læge- og sygeplejestuderende: et pilotprojekt*. Ugeskrift for læger 2006;168(25):2449
http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2006/UFL_EKCMA_2006_25/UFL_EKCMA_2006_25_48768

Pedersen, K.B. Land, B. (2001) Den kvalitative forskningsproces. I: Pedersen, K. B. & Drewes Nielsen, L. (Red) *Kvalitativ metode - fra metateori til markarbejde*. Roskilde Universitetsforlag. s. 15-38.

Projektbeskrivelse (2007) *Projekt studieunit – En ny organisering af sygeplejestuderendes kliniske undervisning og SOSU-assistenternes praktikuddannelse på N2051, regionshospitalet Skive*. Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup.

Rasmussen, E.S. & Østergaard, P. (2002) *Samfundsvidenskabelige metoder - en introduktion*. Odense Universitetsforlag. Kap. 14. s.79-93.

Rieper, O. (1993) *Gruppeinterview i praksis - brug af fokusgruppeinterview i evalueringsforskning*, AKF Forlaget. København.

RVSK: Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup (2003) *Neurorehabilitering*.
<http://www.sygehusviborg.dk/sw83188.asp>

Schein, E.H. (1994) *Organisationskultur og ledelse*. 2. udgave Forlaget Valmuen

Schmidt, L. & Holstein, B. E.(1999) Kvalitative forskningsmetoder. I: Andersen, D. Havsteen, B. Riis, P. Almind, G. Bock, E. Hørder, M. (Red) *Sundhedsvidenskabelig forskning – En introduktion*. 5. Udgave. FADL's forlag, København. s 315-339.

Sellæg, W.F. (2005) *Områdegeriatriske team – en modell for forpligtende samhandling mellom sykehjem og sykehus*. Tidsskrift norsk lægeforening. nr. 8 2005. 125; 1019-1021

Stelter, R. (2005) Teamudvikling gennem fælles praksis og narrativer. I: Stelter, R & Bertelsen, M. (red.) *Team udvikling og læring*. Dansk Psykologisk forlag. side 21-59.

Stiberg, E. Olstad, R.(2002) *Tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helsesektoren*. Tidsskrift norsk lægeforening. nr. 22, 2002; 122.

SSF: Strategisk sundhedsledelsesforum (2007) *Igangsætning af kronikerprogrammer i Region Midtjylland*.

<http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/kronikeromr%C3%A5det/Igangs%C3%A6tning%20af%20kronikerprogrammer%20i%20Region%20Midtjylland.PDF>

Sundhedsstyrelsen (2002) *National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*.
http://www.sst.dk/publ/Publ2002/national_strategi/pdf/NS_indhold.pdf

Sundhedsstyrelsen (2008) *Sundhedspersonale rapportere flere utilsigtede hændelser*.
http://sst.dk/Nyheder/seneste_nyheder/DPSD_aarsrap2007.aspx?lang=da

Swiatecki, S. (2006) *Tværfaglighed og kronikere*. Ergoterapeuten Juni 2006.
2006A

Swiatecki, S. (2006) *Tværfaglighed giver bedre patientforløb*. Ergoterapeuten Juni 2006.
2006B

Thomsen, B. Jacobsen, J. Morsø, L. Beckermann, R. Laxy, C. (2004) *Teamplan – Tværfagligt teamsamarbejde I praksis*. Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen 4/2004. Side 126-129.

Torgalsbøen, A. (2005) *Jeg arbejder i psykiatrien...* Impuls nr. 3-2005.

UVM: Undervisningsministeriet (2006) *Arbejdsgruppe om fremtidens sundhedsprofessionsuddannelser*

<http://www.uvm.dk/06/documents/sundhed.pdf>

UVM: Undervisningsministeriet (2008) *Studieordning for uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje*. I *Lovtidende A*. Side 18

http://suid.inforce.dk/graphics/design/Bin/BEK-STO_240108.pdf

Wahlgren, B. Høyrup, S. Pedersen, K. Rattleff, P. (2002) Refleksionsbegrebet hos Jack Mezirow. I: Wahlgren, B. Høyrup, S. Pedersen, K. Rattleff, P. (Red) *Refleksion og læring - Kompetenceudvikling i arbejdslivet*. Forlaget Samfundslitteratur. Kap. 13, s. 157-170.

Weber, K. (2004) Videnskab eller hverdagsbevidsthed? – et kritisk blik på professioners(selv)forståelse. I: Hjort, K. (Red.) *De professionelle – forskning i professioner og professionsuddannelser*. Roskilde Universitetsforlag. s. 213-237.

Wenger, E. (2004) *Praksisfællesskaber - Læring, mening og identitet*. Hans Reitzels Forlag. København.

Wibeck, V. (2000): *Fokusgrupper - Om fokuserede gruppeintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur, Lund.

Wisborg, S. (2004). *Fra sygeplejerske til leder – At blive leder inden for en profession*. Tidsskrift for Arbejdsliv nr. 1 2004 s 64-76.

Zeitler, U. (2006) Faglighed. I: Frederiksen, K. Møller-Madsen, J. Perregaard, K. Zeitler, U. Ølsgaard, G. (red) *Perspektiver på faglighed*. s. 39-53.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Oversigt over anvendte tidsskriftdatabaser	63
Bilag 2: Interviewguide	64
Bilag 3: Informationskrivelse	66
Bilag 4: Samtykkeerklæring	67
Bilag 5: Kontaktperson manual 08	68
Bilag 6: Oversigt over anvendte forkortelser	69
Bilag 7: Dansk resumé	70
Bilag 8: Interviewudskrifter	CD

Bilag 1 - Oversigt over anvendte tidsskriftdatabaser

Dansk Sundhedsvæsen: www.dssnet.dk/content.aspx?subpage=27

Ergoterapeuten: www.elf.dk/ergoterapeuten

Google Scholar: <http://scholar.google.dk>

Norsk lægeforening: www.legeforeningen.no

Sygeplejersken: www.sygeplejersken.dk

Sykepleien: www.sykepleien.no

Ugeskrift for læger: www.ugeskriftet.dk

Bilag 2 - Interviewguide

Introduktion:

Præsentation af projektet og mig selv
Hvorfor dette (disse) interviews?

Undersøgelsens formål

Det tværfaglige samarbejde anses som fundamentalt for rehabilitering af hjerneskadede personer – Tværfagligheden skal være så omfattende som muligt - kun på den måde kan man understøtte en rehabiliteringsproces der tager udgangspunkt i det enkelte menneskes behov og ønsker.

Hvordan lærer sundhedsprofessionelle at praktisere som tværfaglige teams og hvordan udvikles fagligheden i tværfagligt samarbejde?

Rammerne for interviewet

- Sikring af anonymitet - Samtykkeerklæring
- Optage på mp3
- Tidsramme
- Min rolle: forfølge og afklare mening/holdning, evt. verificere fortolkninger løbende
- Gensidige forventninger

Deltagere i fokusgruppen:

Præsentation af deltagerne, Navn, profession, uddannelsesår, antal år i afsnittet, ansvarsområde

Temaet Tværfagligt samarbejde:

Fortæl om en patientsituation hvor det tværfaglige samarbejde fungerede rigtig godt.
- Hvad var det mere præcist der fungerede rigtigt godt?
- Hvilke muligheder ser I det tværfagligt samarbejde?

Temaet Tværfagligt team

Fortæl om en patientsituation hvor det tværfaglige team gjorde en særlig forskel i understøttelse af patientens rehabiliteringsproces set i forhold til **vanlig monofaglig praksis**?
- Hvordan kommer det tværfaglige samarbejde til syne i praksis
- Hvordan respekterer I den enkelte faggruppes ekspertise
- Hvordan udfordres de enkelte teammedlemmers kompetencer

Hvordan arbejder de enkelte medlemmer sammen i teamet

- Hvilke forventninger har I til hinanden som teammedlemmer?
- Hvordan sammensættes teamet – af hvem?
- Hvordan er medlemmernes ledelsesmæssige forankring opad i hierarkiet
- At arbejde helhedsorienteret hvad vil det sige for det tværfaglige team

Fortæl om jeres holdning til det tværfaglige samarbejde indhold og form

- Hvilke barrierer har I oplevet i teamet i forhold til tværfaglige samarbejde

Temaet Læring

Fortæl om et forløb hvor du har været meget optaget af fagligheden og hvordan den viste sig i jeres tværfaglige team

Fortæl – giv et eksempel på jeres proces med at nå frem til de valg I gør i forhold til handling/behandling/plejetiltag

-Hvordan kommer der ny viden til teamet

-Hvordan bliver den nye viden og færdigheder I får, brugt i teamet

Temaet Positioner og magt:

Fortæl om jeres indbyrdes samarbejde – rollefordeling fagene imellem – ligestilling/hierarki

-Er nogle mere initiativrige eller lign. end andre (Sygeplejerske, SOSu-aas., fys, ergo.)

-inddragelse af lægen....

Andet

Er der noget, vi ikke har fået talt om, som I gerne vil sige nu?

Tak for jeres hjælp.

Bilag 3 - Informationsskrivelse

Tværfagligt samarbejde er da noget vi gør hele tiden!

Deltagelse i fokusgruppeinterview?

Mit navn er Lone Kolbæk. Jeg er sygeplejerske, cand.cur., MLP-stud. og uddannelseskoordinator, ansat i Kvalitets- og uddannelsesafdelingen, Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup. Jeg er i gang med mit afsluttende masterprojekt – Masteruddannelse i Læreprocesser – specialiseringen i arbejdsmiljø og forandringsprocesser ved Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi Aalborg Universitet.

Jeg er optaget af fænomenet tværfagligt samarbejde, der dukket op i stadig flere sammenhænge. Det ses i forbindelse med patientbehandling og –pleje, i forbindelse med kompetenceudvikling af medarbejdere, praktikuddannelse af elever og studerende og i forbindelse med forskning inden for social- og sundhedsområdet.

Tværfaglighed er i de senere år blevet et mantra i den politiske debat, og har fået stor bevågenhed blandt politikerne kommunalt, regionalt og nationalt, med henblik på tværfaglighed som løsning på kvalitetsproblemer inden for sundhedsvæsenet. Det drejer sig særligt om den sundhedsfaglige indsats for patienter og borgere, med optimering af pleje og behandling via tværfagligt samarbejde, der sikrer kontinuitet og sammenhæng i patientforløbet.

Jeg vil gennem mit studie bidrage med en lille undersøgelse af hvordan tværfaglighed udvikler sig som læreprocesser gennem følgende spørgsmål:

Hvordan lærer sundhedsprofessionelle at praktisere som tværfaglige teams og hvordan udvikles fagligheden i tværfagligt samarbejde?

Jeg ønsker at få kontakt med 2 teams med henblik på at lave fokusgruppeinterview med hvert team ud fra ovenstående spørgsmål. Data fra interviewet vil blive anonymiseret og udelukkende blive anvendt i anonymiseret form til udarbejdelse af dette projekt.

Informanterne vil efterfølgende få mulighed for at læse det færdige projekt, hvis dette ønskes.

Interviewet forventes at vare ca. 1 ½ time. Det vil finde sted lokalt efter aftale med informanterne. Interviewene forventes afviklet i uge 10 eller 11.

Med venlig hilsen

Lone Kolbæk
Uddannelseskoordinator
Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup
Kvalitets- og uddannelsesafdelingen
Heibergs Allé 2, 5. sal
Tlf.: 98272669/29652596
E-mail: lone.kolbaek@sygehusviborg.dk

Bilag 4 - Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring i forbindelse med afsluttende masterprojekt – Masterudannelse i Læreprocesser – specialiseringen i arbejdsmiljø og forandringsprocesser ved Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi Aalborg Universitet.

Projektets problemformulering: Hvordan lærer sundhedsprofessionelle at praktisere som tværfaglige teams og hvordan udvikles fagligheden i tværfagligt samarbejde?

Projektet udføres af: Uddannelseskoordinator Lone Kolbæk, sygeplejerske, cand.cur., MLP-stud. Ansat i Kvalitets- og uddannelsesafdelingen, Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup. Vejleder: Eva Just, Sygeplejerske, ph-d, Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi Aalborg Universitet.

Undertegnede:

Giver hermed samtykke til, at deltage i ovenstående projekt som informant i forbindelse med fokusgruppeinterview. I den forbindelse kan mine oplysninger m.v. bruges af den studerende der udarbejder projektet.

Jeg er blevet informeret om:

1. At deltagelse er frivillig og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse
2. At jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække mig fra deltagelse
3. At ingen informationer gives videre i en sådan form, at min identitet kan genkendes
4. At fortrolige oplysninger slettes/makuleres efter at prøven er afsluttet
5. At der ingen risici er ved at deltage i projektet

Dato:

Underskrift:

Bilag 5 - Kontaktpersonmanual

**Kontaktperson (link til retningslinje og politik om kontaktpersonsordningen
http://www.sygehusviborg.dk/sw81388.asp#516_78874)**

Inden for de første 24 timer i afsnittet vil den enkelte patient få tildelt 2 kontaktpersoner. Kontaktpersonerne udvælges af afdelingssygeplejersken eller dennes stedfortræder.

Kontaktpersonerne er personer fra plejegruppen.

Kontaktpersonerne er under hele indlæggelsen ansvarlig for at planlægge og koordinere pleje-/rehabiliteringsforløbet.

Patienten bliver bekendtgjort både mundtligt og skriftligt med, hvem der er vedkommendes kontaktpersoner, og hvad dette indebærer.

Formålet med en kontaktperson:

- * At patienten og dennes pårørende oplever, at der er kontinuitet i pleje-/rehabiliteringsforløbet.
- * Kontaktpersonen er "tovholder" under patientens indlæggelsesforløb.

Funktion:

- * Indsamle relevante data (fysisk, psykisk og socialt) sammen med patienten.
- * Ved sproglige eller/og kognitive problemer foretages dataindsamlingen sammen med pårørende, evt. ud fra oplysningsskema.
- Udarbejde plejeplan i EPJ. Den evalueres/justeres løbende med resten af teamet omkring patienten.
- Kontakte relevante samarbejdspartnere for at aftale konkrete handlingsforløb, (i.h.t. tiltag før afholdelse af orienterings- og målsætningsmødet).
- Sikre ernæringsrisikovurdering inden for det første døgn.
- FIM-score monofagligt samt deltage i konsensus scoring.
- Planlægge og afholde orienterings- og målsætningsmøde samt statusmøde.
- Sammen med teamet udarbejde rehabiliteringsplan.
- Planlægge besøg/orlov i hjemmet, - evt. kontakt til kommunal myndighed.
- Oprette ICF-statusrapport og udfylde relevante områder. Signere og afslutte denne ved udskrivelsen.
- Arrangere og afholde udskrivnings- og fremtidsmøde med deltagelse af patienten/pårørende og relevante samarbejdspartnere.
- Planlægge udskrivning.
- Er ansvarlig for alle kontakter til kommunal visitator.
- Evt. undervise/vejlede hjemmeplejen før udskrivning

Bilag 6 - Oversigt over anvendte forkortelser

Følgende tekster er uddrag fra de respektive sider

EPJ: Elektronisk patientjournal

"Alle sygehuse i Danmark skal, som følge af en aftale indgået mellem Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Amdsrådsforeningen, implementere elektroniske patientjournaler. De elektroniske patientjournaler skal afløse de hidtidige papirbaserede journaler.

Yderligere er den elektroniske patientjournal forløbsbaseret. Det betyder, at alle faggrupper skriver i den samme journal og med udgangspunkt i det konkrete patientforløb.

<http://www.epj.dk/wm139675>

FIM: Functional Independence Measure.

En måde for fysioterapeuten at måle en patients funktionelle uafhængighed og dermed hvor meget eller lidt hjælp patienten skal have for at blive selvhjulpne. Bruges også som et tværfagligt redskab. Skalaen går fra 1 til 7 point og er delt ind i 3 grupper:

<http://66.102.9.104/search?q=cache:-cYuGW78uDIJ:murphylibrary.uwlax.edu/digital/jur/2000/amundson-brunners.pdf+FIM+scoring&hl=da&ct=clnk&cd=1&client=opera>

ICF: International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand.

ICF er et internationalt accepteret værktøj og kan benyttes tværfagligt og tværsektorielt.

ICF flytter fokus fra sygdom og helbredelse til også at omfatte det, der har betydning for deltagelse i et almindeligt hverdagsliv, i fællesskab med andre og i samfundet.

Formålet med ICF er at tilbyde et fælles, standardiseret sprog og en tilsvarende begrebsramme til beskrivelse af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse i relation til helbredstilstande.

<http://www.sst.dk/publ/publ2005/SESI/ICFvej/ICFvej.pdf>

Rehabiliteringsplan:

Rehabiliteringsplanen er tværfaglig. Det er alle faggruppers "papir" og alle faggruppers ansvar, at der arbejdes efter planen for den enkelte patient i forbindelse med pleje, træning og anden kontakt med patienten. Planen skal være kortfattet og overskuelig. Den skal være et sted, hvor alt personale og patienten kan se den. Herved kan patienten læse/ holdes informeret om aftalerne omkring hans/ hendes egen rehabilitering, og personalet kan let få et overblik over patientens situation lige nu.

http://www.sygehusviborg.dk/sw81388.asp#516_73993

Audit:

En audit er en evaluering af en person, en organisation, et system, en proces, et projekt eller et produkt. En audit er udført for at sikre en validitet og pålidelighed af information og yde en vurdering af den interne kontrol. Målet med en audit er at udtrykke en person, en organisation eller et systems mening under evaluering baseret på test-baseret arbejde.

Tværfaglig audit er en fælles evaluering fagene imellem, hvor de forskellige faggrupper sammen evaluerer en handling, et projekt eller lignende, med det mål at forbedre resultatet til gavn for patienten såvel som for den tværfaglige gruppe.

<http://en.wikipedia.org/wiki/Auditor> og http://www.dsam.dk/flx/kvalitet/tvaerfaglig_audit_af_patientforloeb_tap/

Bilag 7 - Dansk Resumé

Indledning, teori og metode

Dette speciale har fokus på de sundhedsprofessionelles læreprocesser i teamsamarbejdet.

Der tages afsæt i den store politiske bevågenhed på tværfagligt samarbejde som løsningen på sundhedsvæsenets kvalitets- og økonomiske problemer og sikring af, at patienterne får kontinuitet og sammenhæng i deres forløb. Dette gælder bl.a. inden for neurorehabiliteringsområdet.

Litteraturgennemgangen viste, at teksterne fortrinsvis beskriver, hvordan sundhedsprofessionelle etablerer tværfagligt samarbejde og de mange fordele der er for patienterne. Teksterne belyser ikke forandringsprocessen og hvilke læringsmæssige udfordringer det fører med sig. Derfor blev fokus for nærværende undersøgelse:

Hvordan lærer sundhedsprofessionelle at praktisere som tværfagligt teams og hvordan udvikles tværfagligheden.

Med udgangspunkt i en socialkonstruktivistisk tænkning har det teoretiske fundament primært udgjort tekster af Lauvås & Lauvås (2006) og R. Stelter (2005) for en uddybning af samarbejde i tværfaglige teams og læreprocesser til udvikling af tværfaglighed. Til uddybning af kollektive læreprocesser, fokus på social læring og praksisfællesskaber har jeg benyttet tekst af E. Wenger (2004) og til uddybning af individuelle læreprocesser og transformative læreprocesser har jeg benyttet tekst af J. Mezirow (2007)

Det empiriske grundlag er indhentet på en neurorehabiliteringsafdeling på et hospital. Afdelingen startede i 2003 og har fra starten haft en formaliseret teamstruktur. Der blev gennemført 2 fokusgruppeinterview med repræsentanter for de 4 faggrupper, der overvejende indgår i teamstrukturen. Social- og sundhedsassistenten, sygeplejersken, fysioterapeuten og ergoterapeuten. Lægen var fraværende.

Diskussion og konklusion

Det er helt afgørende for deltagerne i de tværfaglige team, at de har fælles fodslaw i deres fælles indsats og at det er til gavn for patienterne. Når det er opfyldt vurderer de deres fælles praksis til at gå op i en højere enhed. Deltagerne har primært deres tilhørsforhold i det monofaglige praksisfællesskab. Det er derfra de definerer deres identitet og henter styrke til de argumenter, der skal forhandles i det tværfaglige team. Teamet har karakter af et ekspertteam med komplementære og overlappende fællesskaber og fungerer som et ad hoc-team med institutionaliserede

grænsemødefællesskaber. Deres deltagelse vil kontinuerligt bevæge sig mellem deres monofaglige praksisfællesskab og ad hoc-teamet. Og man kan spørge, hvad der skal til for at deltagerne vil stå mere sikre som fagpersoner i det tværfaglige team?

Selv om deltagerne i teamet udtrykker, at de anser sig for ligeværdige i deres samarbejde viser undersøgelsen at teamet har en hierarkisk opbygning med plejegruppen som koordinerende instans og projektleder for patientforløbet og teamarbejdet, terapeuterne som eksperter, der kommer på besøg og lægen der er fraværende, men alligevel med en dominerende position. Desuden vises et spændingsfelt der vedrører forskellige konfliktende situationer der opstår i teamsamarbejdet. Deltagerne løser disse ved hjælp af ”undgåelse”, som tjener til en eliminering af uenighed i teamet. Disse uenigheder løses udenfor teamet. Men netop fordi deltagerne indgår i mange krydsende relationer i forskellige grænsemøder, er det vigtigt at fokusere på, hvordan uenigheder i teamet kan kommunikeres mhp teamudvikling .

Undersøgelsen viser at der er behov for metadiskussioner der forholder sig til hvordan teamet arbejder. Der er behov for fokus på teamarbejdet som læreprocesser, hvor deltagernes oplevelser, erfaringer og mentale vaner udfordres, mhp at der udvikles tværfaglig indsigt. Specialet konkluderer at især teamets håndtering af uenigheder giver anledning til en nødvendig team udviklingsproces, som der lige nu ikke tages hånd om i organisationen.

Bilag 8 - CD med Interviewudskrifter i pdf-format