

# Mødet mellem eksplicite og "tavse" kundskaber i praksisfælleskaber

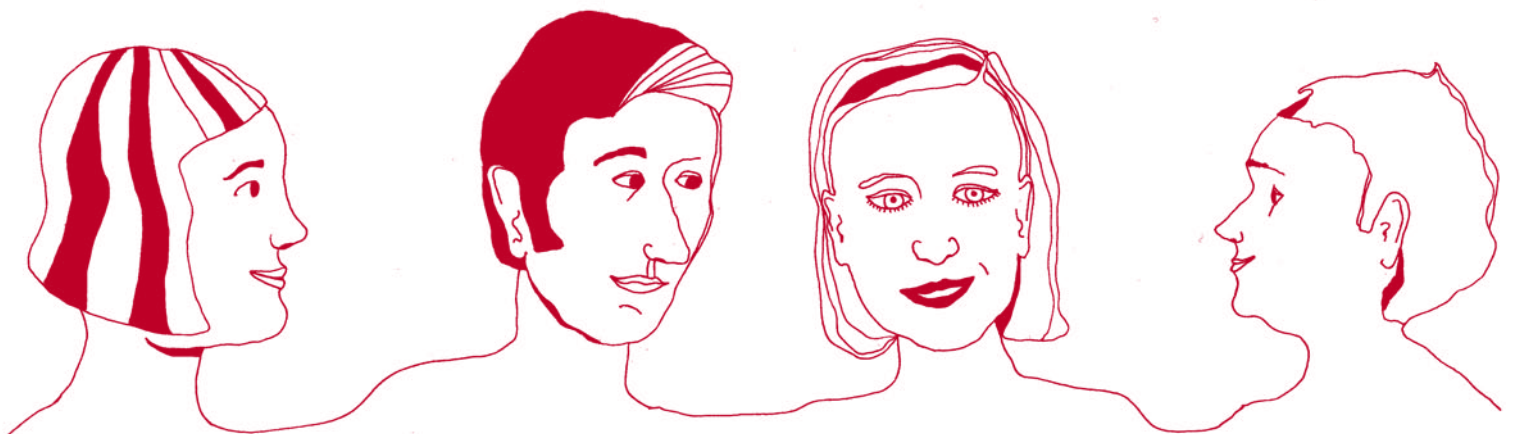
Fokusgruppeinterview med tværfaglige team i  
social- og sundhedssektoren med forebyggende og  
sundhedsfremmende opgaver

Pia Bak

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:12



Mødet mellem eksplicite og "tavse" kundskaber i praksisfællesskaber.  
Fokusgruppeinterview med tværfaglige team i social- og sundhedssektoren med forebyggende og sundheds-  
fremmende opgaver.  
© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap  
ISSN 1104-5701  
ISBN 91-7997-099-0



## Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Mødet mellem eksplicitte og ”tavse” kundskaber i praksisfællesskaber. Fokusgruppeinterview med tværfaglige team i social- og sundhedssektoren med forebyggende og sundhedsfremmende opgaver.				
Författare Pia Bak				
Författarens befattning och adress Sygeplejelærer Sundheds CVU Aalborg Selma Lagerlöfsvej 2, 9220 Aalborg Danmark				
Datum då uppsatsen godkändes 27 april 2005		Handledare NHV/extern Kjell Reichenberg Dr.PH, Nete Hornnes RN, MPH, Forskningsleder pleje, omsorg og rehabilitering		
Antal sidor 60	Språk – uppsats dansk	Språk – sammanfattning dansk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 91-7997-099-0

### Sammenfatning

Livssituationer præget af mange komplekse psykosociale og helbredsmæssige problemstillinger fordrer en anden grad af tværfagligt samarbejde i social- og sundhedssektoren. En samtidig øget fokusering på forebyggelse og sundhedsfremme har øget behovet for udvikling af kundskaber og kompetencer, som kan matche disse udfordringer.

Målet med studiet er, at identificere mulige mønstre vedrørende erfaringer med udvikling af fælles kundskaber og kompetencer i tværfaglige team som arbejder forebyggende og sundhedsfremmende. Der er tale om et kvalitativt studie, som bygger på fokusgruppeinterview med deltagelse af 25 professionelle fra ni team inden for social- og sundhedssektoren. Otte faggrupper var repræsenteret. Der blev anvendt en memoreret temaguide til interviewene. Grounded theory blev anvendt til dataanalyse. Studiets overordnede kernekategori blev defineret som: ”sociokulturel organisation sætter dagsordenen for udvikling af kundskaber og kompetencer”. Der fremkom yderligere tre hovedkategorier som relaterede sig til kernekategorien: ”det nødvendige professionelle fundament, ”den forebyggende og sundhedsfremmende diskurs”, og ”de tavse kundskaber og kompetencer”.

Konklusion: Hovedfundet i studiet viste at sociokulturel organisation har væsentlig indflydelse på tværfaglige teams muligheder for at udvikle kundskaber og kompetencer i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Skabes der ikke lærings- og refleksionsrum i praksisfællesskaberne reduceres mulighederne for, at den ”tavse” kundskab sættes i spil med den eksplicitte kundskab.

### Nyckelord

Tværfagligt samarbejde, forebyggelse og sundhedsfremme, praksisfællesskaber, ”tavse” kundskaber og kompetencer, grounded theory.



# Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay				
The meeting between explicit and tacit knowledge in communities of practice. Focus group interview with interprofessional teams in social- and health service working with prevention and health promotion				
Author				
Pia Bak				
Author's position and address				
Lecture, Department of Nursing Sundheds CVU Aalborg Selma Lagerlöfsvej 2, 9220 Aalborg Danmark				
Date of approval		Supervisor NHV/External		
April 27, 2005		Kjell Reichenberg Dr. PH Nete Hornnes RN, MPH. Director of Nursing and Rehabilitation Reseach		
No of pages	Language – essay	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
60	Danish	Danish/English	1104-5701	91-7997-099-0

Abstract
<p>Situations of life characterised by numerous complex psychosocial and health problems demand another extent in interprofessional co-operation in social and health service. At the same time increased focus on prevention and health promotion have raised the necessity of knowledge and competence creation that is able to deal with these complex challenges.</p> <p>The aim of this study is to identify possible patterns of experience with creation of shared knowledge and competence in interprofessional co-operation with focus on prevention and health promotion. The study is based on qualitative interviews in focus groups and memorized theme guide was used. The analyzing process was based on grounded theory. 25 professionals represented eight occupation groups from nine social and health service teams.</p> <p>The overall core categories emerge as: "social cultural organization sets the agenda for creation of knowledge and competence". Three additional overall categories related to the core category defined as: "the needful professional foundation", "the discourse of prevention and health promotion" and "the tacit knowledge and competence".</p> <p>Conclusions: The overall findings pointed out the essential influence of the social cultural organization on the possibility of the interprofessional co-operation to create shared knowledge in the prevention and health promotion. If space for learning and reflection in community of practice is not created the feasibility of meetings between tacit and explicit knowledge will be reduced.</p>
Key words
Interprofessional co-operation, prevention and health promotion, communities of practise, tacit knowledge and competence, grounded theory

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>INDLEDNING</b> .....	2
Teoretisk baggrund.....	3
Forebyggelse og sundhedsfremme.....	3
Tværfagligt samarbejde .....	5
Kundskaber - Vidensformer .....	8
Kvalifikationer og kompetencer .....	10
Læring .....	11
Formål og mål for studiet.....	12
<b>METODE</b> .....	13
Dataindsamlingen .....	14
Udvalg af deltagere til fokusgrupper .....	14
Fokusgruppeinterview .....	15
Grounded theory .....	15
Baggrund for grounded theory .....	16
Analyse af data .....	16
Ethiske overvejelser .....	18
<b>RESULTATER</b> .....	19
Præsentation af kernekategorien: Sociokulturel organisation sætter dagsorden for udvikling af kundskaber og kompetencer .....	19
Sammenhængen mellem kernekategorien og hovedkategorier .....	23
Præsentation af hovedkategorierne.....	26
Hovedkategorien: Den forebyggende og sundhedsfremmende diskurs.....	27
Hovedkategorien: Det nødvendige professionelle fundament .....	30
Hovedkategorien: De ”tavse” kundskaber og kompetencer .....	33
<b>DISKUSSION AF METODE OG RESULTATER</b> .....	36
Diskussion af anvendt metode.....	36
Diskussion af resultater .....	39
Diskussion af: Sociokulturel organisation sætter dagsorden for udvikling af kundskaber og kompetencer .....	39
Diskussion af: Forebyggende og sundhedsfremmende diskurs .....	44
Diskussion af: Det nødvendige professionelle fundament .....	47
Diskussion af: De ”tavse” kundskaber og kompetencer .....	48
<b>KONKLUSION</b> .....	51
<b>Bilag 1</b> .....	54
<b>REFERENCER</b> .....	56

## INDLEDNING

På baggrund af loven om mellemlange videregående uddannelser blev ”Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor” fastsat (Undervisningsministeriet 2000). Dette medførte ændringer af bekendtgørelser (Undervisningsministeriet 2001) og dermed studieordninger for sundhedsuddannelser, hvor det bl.a. i formålene for ergoterapeut-, fysioterapeut-, jordemoder-, radiograf- og sygeplejerskeuddannelsen fremgår at uddannelserne skal kvalificere de studerende til forebyggende og sundhedsfremmende opgaver. Bekendtgørelserne indeholder krav om uddannelse til tværfagligt samarbejde, hvor det fremhæves som vigtigt, at de studerende under studieforløbet får mulighed for at samarbejde på tværs af faggrupper i sundhedssektoren. Det vil derfor være relevant at arbejde målrettet med udvikling af kundskaber og kompetencer til tværfaglig samarbejde i et forebyggende og sundhedsfremmende perspektiv.

For de fleste uddannelsers vedkommende har der i en række år været et krav om teoretisk og praktisk at inddrage det forebyggende aspekt i studierne. Med det øgede behov for udvikling af forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter øges nødvendigheden af dybere forståelse for forhold, som har betydning for udviklingen af kundskaber og kompetencer i det forebyggende og det sundhedsfremmende arbejde. Som sygeplejelærer og underviser ved sundhedsuddannelserne på bachelor-, efter- og videreuddannelsesniveau har ovenstående været i fokus i forbindelse med min undervisning, uddannelsesplanlægning og ikke mindst deltagelse i udviklingsarbejde under oprettelse af Center for Videregående Sundhedsuddannelser (CVU) hvor jeg er ansat. Jeg får med denne opgave mulighed for at kvalificere grundlaget for udvikling af den udfordring det er at udanne til forebyggende og sundhedsfremmende tværfagligt samarbejde.

Folkesundheden må betragtes i et tværvideenskabeligt perspektiv, og det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde må af de sundhedsprofessionelle i større udstrækning opfattes som en fælles opgave til borgerens og samfundets bedste. Her vil indsnævret professionsforståelse og manglende sammenhæng mellem forestillinger om folkesundhed og de samfundsmæssige vilkår være barrierer i samarbejdet og mødet med borgerne i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde (Beaglehole & Bonita 2001). En udbredt sektoropdeling i samfundslivet, udpræget specialisering af kundskaben og funktionsdifferentieringen er drevet så vidt, at helhed og sammenhæng er blevet vanskelig at håndtere i social- og sundhedssektoren. Nødvendigheden af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde skal ses i dette lys (Lauvås 1994, Sandberg 1997).

Tværfagligt samarbejde har været et nøglebegreb i debatten om den offentlige virksomhed ved siden af diskussionerne om effektivisering og kvalitetssikring af social- og sundhedsydelser. Der er tale om forventninger og krav om samarbejde på tværs af amter, kommuner, sektorer og fag/professioner. De nationale og regionale sundhedspolitiske handlingsprogrammer fremhæver det tværsektorielle og ikke mindst det tværfaglige samarbejde som væsentlige faktorer for, at forebyggende og sundhedsfremmende strategier og målsætninger kan gennemføres og opfyldes (Indenrigs- og sundhedsministeriet DK 2002). Tværfagligt samarbejde har til hensigt at sikre kvalitet i arbejdet ved, at den samlede faglige kompetence bliver udnyttet optimalt, at der sker en udvikling af et fælles kundskabsgrundlag på tværs af fag og desuden stimulering til faglig udvikling inden

for bidragende fag (Hansen 1999, Sandberg 1997). Kvaliteten af det tværfaglige samarbejde påvirkes i stor udstrækning af organisatoriske forhold, de professionelle faglige og personlige kompetencer, men også af uddannelsesmæssig status samt fagkulturelle og magtmæssige forhold (Farrel 2001, Molyneux 2001, Øvretveit 1994).

Der har vist sig en øget forskningsmæssig interesse for området inden for de seneste 10 år. Områder som organisatoriske spørgsmål, effekt og udvikling af tværsektorielt og tværfagligt samarbejde i social- og sundhedssektoren er repræsenteret i en mangfoldighed af forskningsartikler og projektrapporter i Skandinavien, UK og USA (Schmitt 2001, Hudson 2002, Borup & Nielsen 2001, Hansen 2001). Det er kendetegnende for den nævnte litteratur, at den beskæftiger sig med udvikling af team, om organisation og effektivitet i tværfaglige team. Dette sker oftest i forhold til specifikke forebyggelses-, behandlings-, og plejemæssige tiltag hos bestemte befolkningsgrupper. Det forebyggende og sundhedsfremmende tværfaglige arbejde er tilsyneladende ikke udforsket i samme grad med hensyn til de kundskaber og kompetencer, som dannes ved længerevarende samarbejde på tværs af professionerne. Karakteren af tværfaglige kundskaber og kompetencer som synergieffekt af samarbejdet ekspliciteres sparsomt eller omtales som "tavs viden" (Hansen 2001).

I et uddannelses og udviklingsmæssigt perspektiv i social og sundhedssektoren kan det derfor være relevant at udforske professionelle oplevelser og erfaringer med udvikling af kundskaber og kompetencer i forbindelse med det tværfaglige forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Hvilke faktorer kan have indflydelse på udvikling af kundskaber og kompetencer? Hvilke typer af kundskaber og kompetencer er i spil i forbindelse med den synergieffekt som det tværfaglige samarbejde bliver kendetegnet ved?

## **Teoretisk baggrund**

På baggrund af ovenstående præsenteres centrale nøglebegreber med den teoretiske baggrund, som har grundlag i forfatterens forforståelse af forebyggelse og sundhedsfremme, tværfagligt samarbejde, kundskaber og kompetencer samt læring i denne undersøgelse.

### **Forebyggelse og sundhedsfremme**

Grundlaget for den behandlende og forebyggende indsats har i årtier været grundfæstet i den biomedicinske tankegang og praksis, som i de senere år har medført omfattende resultater i diagnosticering og behandlingstilbud. Det har ifølge Jensen (1995) skabt en stadig større afstand mellem forskningspraksis med fokus på sygdomsenheder/disease og patientens lidelse/illness. Den medicinske forskning har været præget af et patogene-tisk udgangspunkt og har haft fokus på specifikke faktorer som bl.a. livsstils- og risikofaktorer som grundlag for opfattelse af sundhed og sygdom og forebyggende aktiviteter. Distinktionen til sundhedsfremmende indsats og grundlaget herfor har definitions-mæssigt, forskningsmæssigt og i praksis været præget af forskellige grundsyn og diskurser vedrørende sundhed og sygdom, og den biomedicinske tankegang har været svær at for-

lade eller kombinere med andre. Dette har præget den faglige og samfundsmæssige sundhedsdiskurs (Otto 1998) som viser sig i den daglige praksis, samt i sundhedsstrategier hvor forebyggelse og sundhedsfremme ofte omtales "sideordnede". Risiko- og årsagsfaktorer er blevet tillagt stor betydning for sygelighed og middellevetid. Det har været kendetegnende for risikotilnærmelsen i epidemiologi og forebyggelse, at der ikke i tilstrækkelig grad har været lagt vægt på de sociale faktorer forklaringer på forskelligheder i fordelingen af sundhedsproblemer i befolkningen. En individualistisk tilnærmelse løber risikoen for "blaming the victim" og opmuntrer til strategier for "health education" på bekostning af ændringer i sociale, økonomiske og miljømæssige forhold (Beaglehole & Bonita 2001).

Forebyggelse kan defineres som foranstaltninger eller processer, hvorved et bestemt uønsket fænomen forhindres, hæmmes eller reduceres og inddeles ofte i primær, sekundær og tertiær forebyggelse (Kamper-Jørgensen 2002, Medin 2001). Forebyggelsesaktiviteter retter sig mod hele befolkningen eller mod højrisikogrupper på individ-, gruppe- eller samfundsplan. Fokus for forebyggelse kan være mono- eller multifaktoriel. Med denne brede definition af forebyggelse kan årsagsfaktorer inddrages i et tværvidenskabeligt perspektiv. I et folkesundhedsmæssigt perspektiv er det dog ikke tilstrækkeligt at nærme sig sundhed og oplevelse af sundhed ved at forhindre, hæmme og reducere årsager til et bestemt uønsket fænomen. Ud af kritikken af den biomedicinsk funderede forebyggelsesideologi udspringer en ny bølge af "Modern Health Promotion" gennem Ottawa Charteret (Beaglehole & Bonita 2001). WHO definerer "Health promotion" således:

*"The process of enabling people to increase control over and to improve their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realise aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment" (WHO 1986).*

WHO (1996) tager afsæt i definition af sundhedsfremme som en proces, som sætter mennesker i stand til at øge kontrollen over og forbedre deres sundhed. Sundhedsfremme er en omfattende social og politisk proces, der ikke kun omfatter handlinger, der rettes mod en styrkelse af individers færdigheder og evner. Det omfatter også handlinger med henblik på at ændre sociale, miljømæssige og økonomiske betingelser for at afbøde virkningen på befolkningens og individets sundhed. Sundhedsfremme er den proces, der sætter folk i stand til at øge kontrollen over sundhedens determinanter og dermed øger sundheden.

Rootman I. et al. (2001) konkluderer på baggrund af studier af definitioner, teori og praksis, at "health promotion" er langt fra at være sammenhængende. Det er multidisciplinært vurderet stadig fyldt med uløste spændinger. Men der synes at være en enighed om, at ledende principper som "empowerment" og "participation" er vigtige, og at en lang række af aktiviteter kan medvirke til sundhedsfremmende praksis med det formål at udvikle sundhed for det enkelte individ og for samfundet.

I de senere år har salutogenese beskrevet af Antonovsky (1993, 1996, 2000) fået megen forskningsmæssig opmærksomhed specielt inden for det sociale område, men også in-



den for sundhedsområdet. Salutogenese diskuteres som alternativ til patogenesen i det sundhedsfremmende arbejde. Antonovsky kritiserer den udtalte patogenetiske behandlingsmæssige tilgang og sidestiller en salutogenetisk tilgang med det argument, at spørgsmålet om hvad der holder mennesker sunde/velbefindende bør prioriteres før spørgsmålet om hvorfor mennesker bliver syge. Den salutogenetiske tilgang udforsker primært forudsætningerne for sundhed og hvilke faktorer, som beskytter sundhed og bidrager til mindre sårbarhed. Der fokuseres på faktorer som bevarer sundhed. Der tales om et paradigmeskift fra en sygdomsorienteret model til en sundheds- og resourceorienteret salutogenetisk model med det formål at fremme sundhed (Bengel 1999).

Sundhedsfremme og forebyggelse adskiller sig på baggrund af ovenstående ved, at mål og midler er forskellige. Ved at adskille disse to fænomener bliver den indbyrdes sammenhæng mere tydelig, herunder hvor vigtigt det også er at arbejde sundhedsfremmende når man arbejder forebyggende. I sundhedsfremme vendes opmærksomheden væk fra sygdom og over mod sundhed. Der fokuseres på hvad der holder folk raske, i stedet for hvad der gør dem syge. Man fokuserer på ressourcer og handlemuligheder i stedet for på risici. Man sigter efter at mobilisere det overskud, der gør folk robuste over for dagligdagens og livets stressorer (Jensen 2000).

Folkesundheden må betragtes i et tværvideenskabeligt perspektiv, og det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde må af de sundhedsprofessionelle i større udstrækning opfattes som en fælles opgave i samarbejde med borgerne og til borgerens og samfundets bedste. Dette fælles arbejde kan organiseres som tværfagligt samarbejde i forskellige typer af teamkonstruktioner og andre typer af praksisfællesskaber.

Viser denne forskel mellem forebyggelse og sundhedsfremme sig i den daglige praksis? Kommer forskellen til udtryk i diskussioner om udvikling af kundskaber og kompetencer i et tværfagligt samarbejde? Udtrykkes den alene i ideologi eller afspejler den sig i de professionelles opfattelser af deres forebyggende og sundhedsfremmende arbejde?

## **Tværfagligt samarbejde**

Tværfagligt samarbejde har i mange år i social- og sundhedssektoren været anvendt om alle former for samarbejde, hvor flere faggrupper har været involveret i løsning af problemstillinger, og har specielt vedrørende børn og unge været et nøglebegreb i det sociale arbejde (Hansen 1999). Den øgede fokusering på forebyggelse og sundhedsfremme og stigende kompleksitet i social- og sundhedsfaglige opgaver har medvirket til udvikling af de begrebsmæssige, teoretiske og metodiske forhold ved tværfagligt samarbejde. Samtidig har den øgede specialisering inden for de forskellige professioner medført et ”tomrum” i et menneskeligt helhedsperspektiv imellem specialerne og det er her det tværfaglige samarbejde spiller en vigtig rolle. Mens professionerne går i dybden er tværfagligheden kompetencesøgende til siden og cirkulært (Hjort 2002).

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde har i debatten om folkesundheden været et af svarene på hvordan det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde kvalificeres. Tværfagligt samarbejde er blevet en løsningsmodel i bestræbelserne på at sikre koordi-

nation og sammenhæng i det sociale arbejde med børn og unge i kommunerne i Danmark (Hansen 1999).

”Tværfagligt samarbejde” defineres som et samarbejde mellem fagpersoner/ professionelle med forskellig faglig og uddannelsesmæssig baggrund. Betegnelsen bruges normalt om et samarbejde inden for den samme forvaltning eller myndighed. Foregår samarbejdet mellem professionelle fra forskellige sektorer tales der om tværsektorielt samarbejde. Hansen (1999) underopdeler tværfagligt samarbejde i tre undertyper: flerfaglighed, tværfaglighed og fagintegration, hvor ”tværfaglighed” defineres som den ægte form, hvor faglig forskellighed forenes med et fælles mål for arbejdet. Heroverfor beskrives ”flerfaglighed” som et samarbejde, der ikke er forpligtet af fælles mål. ”Fagintegration” beskrives som et samarbejde, hvor faglige forskelle udviskes. Opdelingen forklares yderligere ved at se på forskelligheder i faggruppernes kompetencer. Kernekompetencer er viden og kunnen som er speciel for den pågældende faggruppe. Overlappende kompetencer er viden og kunnen som deles af flere faggrupper, mens fælles kompetencer er viden og kunnen som udvikles som fælles gods for flere faggrupper igennem samarbejdet i et tværfagligt team.

Lauvås & Lauvås (1998) har med reference til en del lærings- og uddannelsesperspektiver en nuanceret tilgang til definitionen af tværfagligt samarbejde. Der skelnes mellem videnskabsfag og anvendte fag. I dette studie har det interesse at fokusere på anvendte fag, altså samarbejdet mellem erhverv eller professioner med forskellige uddannelses- og erfaringsbaggrunde. Dette inter- eller tværprofessionelle samarbejde bliver i almindelighed kaldt for tværfagligt samarbejde, men da der viser sig at være variationer i ambitionsniveauet i samarbejdet, vil det være relevant at anvende en terminologi som tydeliggør forskellene. Der skelnes ligeledes her mellem flerfagligt samarbejde og tværfagligt samarbejde.

Ifølge Lauvås & Lauvås (1998) adskiller det flerfaglige samarbejde sig fra det tværfaglige samarbejde ved at hvert fag bidrager til at belyse et problem. Der er kun lidt samarbejde mellem de professionelle for at afbøde de problemer, som en funktionel differentiering indebærer, og kontakten mellem de forskellige indfaldsvinkler og kundskabsbaser som fagene repræsenterer, resulterer i sig selv ikke i nogen større integrering af faglig indsigt fra de repræsenterede professionelle. Det bliver følgelig personer/organisationer uden for de samarbejdende fagmiljøer, som kan lave syntesen af den frembragte indsigt. I de fleste organisationer inden for social- og sundhedssektoren er arbejdet stadigvæk organiseret som flerfagligt samarbejde i betydningen multidisciplinarity eller crossdisciplinarity. Kundskabsbasen for en af faggrupperne vil ofte her være ophøjet som selvfølgeligt grundlag for andre fags bidrag, og vil også ofte være kendetegnet ved hierarkiske og bureaukratiske vilkår.

I det tværfaglige samarbejde, som af Lauvås & Lauvås (1998) også karakteriseres som ”funktionelt tværfagligt samarbejde” (interdisciplinarity og transdisciplinarity) må de der deltager have fælles tilgang, fælles mål og se det som deres opgave at foretage en syntese på tværs af de faggrænser, som fra starten adskiller dem. Ifølge Lund (1997) kan tværfagligheden være etableret i team, hvor samarbejdet er baseret på fagligt og personligt fællesskab med fælles ansvar og personligt engagement. Fleksibilitet og

åbenhed over for at integrere andre faggruppers kundskaber er væsentligt for samarbejds resultater.

Det kan være nødvendigt at skelne mellem de forskellige niveauer i det, der i daglig praksis betegnes som ”tværfagligt samarbejde”, da det kan medvirke til at nuancere og kvalificere de samarbejdsmetoder forskellige typer af sociale - og sundhedsfaglige udfordringer nødvendiggør. Det er med andre ord ikke alt socialt og sundhedsarbejde, som fordrer tværfagligt samarbejde i betydningen ”funktionelt tværfagligt samarbejde”. Ved et samarbejde hvor der sker en fuldstændig opløsning af faglig skillelinje (fagintegration) vil der ikke tilgå fællesskabet nye kundskaber og kompetencer, da dette forudsætter, at de enkelte fag/professionelle udvikler sig monofagligt i det tværfaglige samarbejde. Der er dermed i det tværfaglige samarbejde både tale om nødvendigheden af integration af andres kundskaber, men samtidig også en sikring af de specifikt faglige kundskaber og kompetencer, som gør de enkelte professioner nødvendige i samarbejdet.

Der har været gennemført projekter og forsøg på tværfagligt samarbejde og teamsamarbejde inden for både social- og sundhedssektoren i Danmark. Og inden for samme sektorer er der lovgivningsmæssigt og organisatorisk planlagt, gennemført og videreudviklet på forskellige samarbejdsmodeller. Der synes stadig at være væsentlige udfordringer forbundet med at få ideen om tværfaglighed omsat til realitet (Nielsen 2001). Forskellige faglige opgaver og dagsordner, forskellige personlige interesser og opfattelser og forskellige strukturer og formaliserede modeller for samarbejde kan være mulige forklaringer på, at forskellige ledelses- og fagkulturer ikke lykkes at spille optimalt sammen. Risikoen for at samarbejdet fastlåses i interne afgrænsninger og afklaringer kan medvirke til, at fokus fjerner sig fra de egentlige opgaver med klarlægning og definering af opgaverne, fælles problemforståelse og konkret opgaveløsning, - fx domænekonflikter med manglende tillid til andres faglighed. En sådan negativ udvikling får konsekvenser for udvikling af kundskaber og kompetencer i det tværfaglige regi.

Hansen (1999) konkluderer på baggrund af rapporter og interview med medarbejdere i en række metodeudviklingsprojekter (SIBU projekter), at indførelse af tværfagligt samarbejde ikke er en let øvelse, og der ses ofte konflikter, procesudløste frustrationer og magtkampe i medarbejdergrupperne. Følelse af udhuling af kompetencer og opløsning af det faglige miljø, mistro og utryghed ved udvidelse/ inddækning af faglige domæner blandet med følelsen af at være overset i den tværfaglige samarbejdsproces kan gøre det tværfaglige samarbejde til en svær øvelse. Derfor kræver det omfattende efteruddannelsesvirksomhed i tværfagligt samarbejde.

Lignende problemer med organisatoriske og fagkulturelle forhold bliver i flere undersøgelser i internationale tidsskrifter beskrevet som potentielle barrierer i det tværfaglige samarbejde. Det fremgår at de strukturelle og kulturelle barrierer ofte er præget af rigide faggrænser, videns- og værdimæssige domæner, professionsbeskyttelse, inddækkede professionsopfattelser, søgen efter magt samt adskilt sektorplanlægning. Irvine et al. (2002) analyserer på baggrund af litteraturstudier de etiske argumenter, som understreger behovet for tværfagligt samarbejde. Specielt bliver teamsamarbejdet, de organisatoriske, professionelle, personlige og kulturelle forhindringer betragtet som barrierer for effektiv udvikling af tværfaglige relationer. Forfatterne undres over at på trods af at in-

terprofessionelle relationer stadigvæk bliver karakteriseret ved konflikter frem for samarbejde, er der en udbredt efterspørgsel efter ”interprofessional care” i sundhedssektoren. I lyset af den realitet, at én profession eller sektor alene ikke kan sørge for alle klientens sundheds- og velfærdsbehov, øges de professionelles moralske forpligtigelse til at samarbejde med andre, som deler et professionelt ansvar for at lindre besværlighed og lidelse hos individ, familie, gruppe og samfund (Irvine et al. 2002).

Er der blandt de professionelle en bevidsthed om distinktionen mellem fler- og tværfagligt samarbejde? Har denne distinktion begrebsligt men også i praksis betydning for de professionelles forventninger og oplevelser af samarbejds muligheder og konflikter? Kan denne bevidsthed have betydning for udvikling af kundskaber og kompetencer, som tilgodeser den etiske fordring: at dele det menneskelige og tværfaglige ansvar, der følger med borgernes behov for støtte og hjælp til forebyggelse og sundhedsfremme?

## **Kundskaber - Vidensformer**

En vigtig forudsætning og samtidig en af de sværeste forståelsesbarrierer i det tværfaglige samarbejde er opfattelser og anvendelse af viden eller kundskaber.

Scharmer (2001) har beskrevet udviklingen inden for disciplinen om viden ”knowledge management”. Han skelner mellem tre faser som umiddelbart kunne kaste lys over de positioner, som jeg opfatter som væsentlige aspekter i forbindelse med dette studies fokus. De er karakteriseret ved at sætte fokus på hver deres videnstyper: fokus på *eksplicit viden*, *viden som proces eller tavs viden i brug* og *radikal ny videns opståen*.

*EksPLICIT viden* er ifølge Scharmer viden som fx faglig videnskabelig viden, som kan cirkulere frit i rum og tid og ofte forbindes med kvalifikationer og kvalifikationsudvikling. Kvalifikationer er knyttet til indlæring af afpersonaliseret og videnskabeligt eller fagligt generaliseret viden.

Denne viden opfattes ofte som abstrakt og institutionaliseret og Wackerhausen (1991) forbinder denne viden med rationalitet og teknologiens indirekte påvirkning på menneskets selvforståelse i forbindelse med ændringer i de samfundsmæssige organisationsformer. Wackerhausen opfatter den teknologiske logik som en mangesidig eksistens, som har koloniseret og sat sine spor i en lang række områder og felter som medicin, ingeniørvidenskab, planlægning, administration, undervisning, uddannelse, forskning etc.. Ikke mindst har den stigende teknologisering og akademisering af de anvendte sygdoms- og sundhedsfag i høj grad været med til at øge den teknologiske logiks dominans. Wackerhausen problematiserer denne logik og påpeger dens blinde pletter. Han argumenterer ligeledes for en alternativ forståelse af viden, færdigheder og kompetencer, som vægter disse fænomeners ”tavse” dimensioner som Scharmer giver udtryk for i den anden videnstype.

Ved at rette fokus på *viden som proces*, hvad der også er blevet betegnet som ”tavs” viden (”embodied”) eller viden-i-brug, overskrider man den teknologiske logiks vidensbegreb, og der skabes mulighed for en større forståelse og dybere ”sandhed” om de

menneskelige kundskaber. Schön (2001) har specielt vist interesse for de kundskaber, som løbende udvikles under professionsudøvelse, og som er af en anden art og langt overskrider, hvad der på traditionel skolastisk vis kunne læres på uddannelsesinstitutionerne. Mange undersøgelser af professionelle har demonstreret, at den teknologiske model tegner et problematisk billede af praksis og kompetence (Schön 2001, Benner 1984). Der synes at være mere på spil i menneskets problemløsning, kompetencer, færdigheder etc. i den kompetente praksis end den teknologiske logik postulerer. Med fokus på det "mere" der er på spil udvikles begreber som "den tavse dimension", "den tavse viden", "det uarticulerede" eller som "viden - i handling".

Denne viden mener Schön (2001) ligger implicit i de kunstneriske, intuitive processer, som af nogle praktiserende bringes i anvendelse i situationer, hvor der er tale om usikkerhed, manglende stabilitet, noget unikt eller ved værdikonflikter. Vores viden ligger som regel indbygget i vores handlemønstre og i vores fornemmelse for den materie, vi har med at gøre. De tavse dimensioner har deres genese i praksiserfaring og bliver dermed personafhængig - en modsætning til den skolastiske viden som betragtes som regelbaserede færdigheder og som personuafhængig. Den tavse dimension består af såvel erfaringer, erindringer, følelser som kropslige fornemmelser, hvor dele af det end ikke kan formuleres sprogligt. Den kropsliggjorte viden kan have indflydelse på individets tolkninger og handlinger (Wackerhausen 1999). Oplevelser, erfaringer og følelser får dermed en afgørende betydning for en personlighedsintegrerende viden, som inddrager og er en del af fagudøverens personlighed. Fagudviklingen bliver herved i et vist omfang personlighedsudviklende.

I den tredje fase er der ifølge Scharmer tale om en anden slags tavs viden, som han betegner som "self-transcending knowledge" eller "not yet embodied knowledge". Der er tale om den endnu ikke indarbejdede eller kropsliggjorte viden, som over tid opstår i samspillet mellem forskellige kulturer. Der tales om vidensudvikling i en spiralproces med interaktion af de forskellige videnstyper i "knowledge management" (Nanoka 2001). I den tredje videnstype er der fokus på det, der driver spiralen, de betingelser for tænkning, som tillader processer og tavs viden at udvikle sig i første omgang - det som Schön kalder "reflecion-in-action". Med andre ord forsøger Scharmer at tydeliggøre en distinktion mellem den tavse kropsliggjorte viden og den endnu ikke kropsliggjorte viden. Han mener at denne distinktion er relevant da alle tre videnstyper epistemologisk set bygger på forskellige antagelser og forudsætter forskellig videnskabelig infrastruktur. Scharmer taler om lederes brug for ny type viden, som giver dem mulighed for "to sense and actualize what wants to emerge"

Scharmer (2001) henviser ikke i den tredje type til produktion af ny viden som finder sted inden for givne professionskulturer eller fagområder. Men om en mere *radikal form for ny viden*, der kan opstå af mødet mellem forskellige kulturer eller professionsområder, hvor der sker en overskridelse af deres paradigmer eller forforståelse. Der er tale om den nye viden der opstår af de nye felter som udvikles, hvis der eksisterer et reelt praksisfællesskab, hvor ingen af parternes forforståelse eller paradigmer umiddelbart kan omfatte eller tage patent på denne nye viden.

De forskellige typer viden eller kundskaber vil være aktuelle at forholde sig til i det tværfaglige samarbejde. Den eksplicite, skolastiske viden er en væsentlig baggrund for de respektive faggruppers kundskabsmæssige socialisering, og den danner baggrund for de regelbaserede færdigheder, som uddannelserne er disponenter for. En viden som bruges til dokumentation og begrundelse for planlægning og handling og dermed også som et muligt magtmiddel i professionsstridigheder. Men samtidig med denne socialisering er de professionelle bærere af kundskaber, som er dannet under deres professionelle virksomhed i de samarbejdsprocesser, som de har indgået i med patienter, familier, børn og andre professionelle. Med andre ord er der dannet aktuelt tavse eller principielt tavse kundskaber, som udtryk for de erfaringer og følelser der udvikles i praksis, og som har stor betydning for de personlighedsintegrerende kundskaber. Det er i konfrontationerne med det endnu ukendte eller uformulerede, at vanskelighederne ved et tværfagligt eller tværinstitutionelt samarbejde opstår, da det ofte er forbundet med usikkerhed og angst.

I et tværfagligt perspektiv kan det være relevant at tale om de kundskaber der udvikles i kraft af de erfaringer og følelser, der opstår i teamfællesskabet, i samarbejdet og i mødet med patienterne/borgerne. Disse kundskaber ligger ud over og er forskellige fra de kundskaber, som er udsprunget af et monofagligt paradigme. Kan de eksplicite, men også processuelle kundskaber som udvikles som aktuel tavs viden på baggrund af mødet med patienterne/familierne i praksisfællesskaberne, være det der danner baggrund for den reelle mulighed for at patienterne, så familierne kommer til at opleve en sammenhængende og meningsfuld støtte og hjælp i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde? Det er denne "viden", som jeg vil forsøge at nærme mig gennem denne undersøgelse.

## **Kvalifikationer og kompetencer**

Kvalifikationer og kompetencer bruges i varierende og overlappende betydning. Kvalifikationsbegrebet er ofte anvendt i diskussioner, om hvilke krav erhvervsfunktioner og arbejdsprocesser stiller til arbejdskraften og til uddannelsen. Gleerup (2003) skelner mere skarpt mellem kvalifikationer og kompetencer. Kvalifikationer kan indlæres via teoretisk eller skolastisk uddannelse, og de har med faglig forståelse og erkendelse at gøre, mens kompetencer udvikles via øvelse og praksis, og de har med professionel handling og identitet at gøre. Udfordringen i dag er at disse to former spiller sammen på en mere systematisk vis både for det enkelte menneske, for professionskulturerne og deres uddannelser.

Kompetence er en kapacitet eller en egenskab ved et individ, og den er tilegnet gennem en kompetenceudvikling. Kompetence beskriver en parathed eller et potentiale, som kan vise sig gennem know-how, færdigheder, kvalifikationer og viden. Kompetenceudvikling beskriver en proces. På samme måde beskriver læring en proces, nemlig den proces, hvor man lærer, læreprocessen. Wahlgren (2001) mener ikke der kan forekomme kompetenceudvikling uden læring, men at der godt kan forekomme læring, som han ikke vil kalde kompetenceudvikling, hvis det lærte ikke kan omsættes til handling. Ved kompetenceudvikling ændrer individet sig således, at det får et større potentiale til at

håndtere krav i omgivelserne. Der er tale om samspil, akkommodation af videns- og adfærdsmæssig karakter (Illeris 2001).

Da kompetencer er personbundne og bl.a. bygger på personlighedsintegrerede kundskaber vil disse forventeligt komme i spil i et tværfagligt samarbejde og blive udfordret på anden måde end den eksplicite viden. Hvordan kan disse kompetencer udvikle sig i et tværfagligt samarbejde? Vil de forblive "personintegrerede" eller kan der tænkes udviklet kompetencer, som er integrerede som fælleskompetencer med de personlige nuancer, som den enkeltes personlighed må medføre? I lyset af at professionsudøvelse omfatter andet og mere end regelsætning af teoretisk faglig viden, kan en organisatorisk og professionsbaseret etablering af tværfagligt samarbejde tænkes ind i en læringsmæssig kontekst, hvor det ikke alene er de eksplicite kundskaber der kommer i spil, men også de personintegrerede kompetencer?

## Læring

Læring vedrører ikke kun det der skal læres, men også måden det læres på, hvad vi kan bruge det til og hvad vi kan udvikle det til. Læring, personlig udvikling, kvalificering og socialisering bliver dermed begreber, der går i et. Læring er ikke bare noget med at lære et eller andet pensum, men livslange tilegnelses-, omformnings- og udviklingsprocesser, hvor viden, forståelse, motivation, holdninger, følelser, kommunikation og socialitet indgår i en uadskillelig helhed under stadig forandring (Illeris 2000).

Moderne læringsteoretikere som Lave & Wenger (2003), som har analyseret forskellige typer af praksislæring eller læring i praksisfællesskaber, taler om såkaldt situeret læring. Wenger (2004) argumenterer for placering af læring i en anden ikke-traditionel, ikke-skolastisk kontekst som udgøres af vores levede erfaringer med deltagelse i verden. Udgangspunktet for læringsteorien er, at læring dybest set er et fundamentalt socialt fænomen. Denne helhedsteori om læringens sociale dimensioner er ifølge Illeris (2001) det mest dækkende og sammenhængende på området i dag. Wenger er klar over, at læring har andre dimensioner end den sociale. De forskellige læringsteorier kan være nyttige til forskellige formål, da de fremhæver forskellige aspekter ved læring, men samtidig afspejler de fundamentale forskelle i antagelser om karakteren af viden, indsigt og eksperter og derfor om, hvad der betyder noget i læring (Wenger 2004).

Teorien om situeret læring fokuserer primært på læring som social deltagelse, hvor deltagelse betragtes som en omfattende proces, som består i at være aktivt deltagende i sociale "praksisfællesskaber" og konstruere identiteter i relation til disse fællesskaber (Lave & Wenger 2003). En sådan deltagelse former ikke blot hvad vi gør, men også hvem vi er og hvordan vi fortolker, hvad vi gør. For at karakterisere social deltagelse som en lærings- og erkendelsesproces må den ifølge Wenger (2003) integrere følgende komponenter: *Mening*: udtryk for vores (skiftende) evne til individuelt og kollektivt at opleve vores liv og verden som meningsfuldt. *Praksis*: udtryk for de fælles historiske og sociale ressourcer, rammer og perspektiver, som kan støtte et gensidigt engagement i handling. *Fællesskaber*: udtryk for sociale konfigurationer, hvor vores handlinger defineres som værd at udføre og hvor vores deltagelse kan genkendes som kompetencer. *Identitet*:

udtryk for, hvordan læring ændrer, hvem vi er og skaber personlige tilblivelseshistorier i forbindelse med vores fællesskaber.

Ifølge Wenger er komponenterne tæt forbundne og gensidigt definerende. Læringens sociale dimension er bundet til fællesskab og praksis og skaber mening og identitet. Derfor forudsætter læring handling og deltagelse, og den omsættes i erfaring og udvikling. Wenger udtrykker med sin model et værdifuldt billede af praksisfællesskabets betydning for læring, hvilket gennem videre beskrivelser omsættes til væsentlige konsekvenser for organisations- og uddannelsesudvikling. Forbindelse mellem dannelsen af kollektivitet og oplevelse af subjektivitet belyser den uopløselige dualitet mellem det sociale og det individuelle.

Ved at rette fokus på viden som proces eller som viden i handling blev der åbnet for en begyndende refleksion over organisations- og professionskulturen (Schein 1994, Schön 2001). Schein afgrænser organisationskultur som: et mønster af fælles grundlæggende antagelser, som en gruppe lærte sig, medens den løste sine problemer med ekstern tilpasning og intern integration. Har antagelserne fungeret godt nok til at blive betragtet som gyldige, læres de videre til nye gruppemedlemmer som den korrekte måde at opfatte, tænke og føle på i relation til disse problemer.

Grundlæggende antagelser, som resultater af ekstern tilpasning og intern integration, kan være integreret i fagudøverens personlighed og ligger som implicit kropsliggjort viden. Den kan vise sig gennem handlinger, meninger og følelser og kommer i spil i mødet med andre professionskulturer og organisationsformer. Hvis der åbnes for refleksion og selv-refleksion i organisationen blandt de professionelle, kan der arbejdes med den selvfølgelighed, som den intuitive eller tavse viden optræder med i forbindelse med dannelse af organisations- og professionskulturel viden. Schön (2001) taler her om refleksion-i-praksis, en proces som medvirker til ny praktisk vidensdannelse.

Schein (1994) har betragtet den tavse viden samt de grundlæggende antagelser som noget bagvedliggende og styrende for en kultureenhed. Denne kan være så stærkt rodfæstet i en gruppe, at den styrer adfærd og kan være vanskelig at ændre. Det vil kræve ændringer af nogle af vore mere stabile kognitive strukturer, en proces som kaldes ”double-loop” læring eller rammenedbrydning. En sådan oplevelse af destabilisering kan udløse stor grad af grundlæggende utryghed og dermed angst, hvilket kan medvirke til, at blinde pletter i det sociale samspil opstår. Bottrup (2001) skriver med reference til Argyris og Schön at denne proces er nødvendig for organisatorisk læring. Anfægter man derimod ikke de værdi- og holdningsmæssige faktorer, men alene sigter mod en mere instrumentel læring af og refleksion over problemløsning i praksisfællesskabet, er det kun periferien af de kognitive skemaer, der kommer i spil.

Er der i det tværfaglige samarbejde oplevelser af praksisfællesskab, og hvilke oplevelser af læring viser sig i bekræftende fald at kunne i-tale-sættes? Er der bevidsthed om læringsprocesser som en konsekvens af dualitet mellem det sociale og den enkelte? Er det et individuelt professionelt ansvar at udvikle kundskaber og kompetencer i dette praksisfællesskab eller er der strukturelt og organisatorisk skabt forventning og ikke mindst rum og ressourcer til fælles udvikling?



## Formål og mål for studiet

Formålet er at skabe grundlag for valg af tværfaglige uddannelseselementer, som udvikler kundskaber og kompetencer hos studerende i mellemlange videregående sundhedsuddannelser til det forebyggende og sundhedsfremmende tværfaglige samarbejde.

Målet er at identificere mulige mønstre vedrørende oplevelser og erfaringer med udvikling af personlige og faglige kundskaber og kompetencer i tværfaglige team som arbejder forebyggende og sundhedsfremmende.

Forskningsspørgsmål

- Hvilke kundskaber og kompetencer udvikles i tværfaglige team og hvilken karakter har disse kundskaber og kompetencer, som teamet udvikler i det forebyggende og sundhedsfremmende tværfaglige samarbejde?
- Hvordan kan udvikling af fælles kundskaber og kompetencer forstås i forhold til personlige og monofaglige kundskaber og kompetencer?

## METODE

Undersøgelsen er et kvalitativt studie, som bygger på data fra fokusgruppeinterview med tværfaglige team. Den kvalitative metode er valgt, da det centrale i forskningsspørgsmålene har erfarings-, oplevelses- og holdningsmæssig karakter. Der er rettet fokus på fænomener som på nogle områder er delvis uudforskede, hvilket har været begrundelse for valget af dels interviewform og dels ”grounded theory” som analytisk metode.

Malterud (2001) skriver om standarder, udfordringer og retningslinjer for kvalitative forskningsmetoder, at det involverer systematisk indsamling, organisering og tolkning af tekstmateriale fra samtaler eller observationer. De anvendes til undersøgelse af sociale fænomeners betydning, som er erfaret af mennesker i deres naturlige kontekst. Forskeren må benytte sig af strategier for undersøgelse og fortolkning af resultater, i stedet for at tage dem for givet; vurdere den interne og eksterne validitet, i stedet for at bedømme dem som selvfølgelige eller universelle; være opmærksom på virkning af kontekst og bias, uden at tro at viden er uberørt af menneskets sind; samt fremlægge og diskutere analyseprocessen. Malterud mener, at anvendelighed, validitet og refleksivitet er essentielle standarder, hvor refleksivitet nødvendigvis af, at forskerens baggrund, teoretiske kundskaber og position vil påvirke hele forskningsprocessen. Det er derfor nødvendigt, at denne baggrund og forskerens perspektiver er synlige og reflekteret ind i forskningsprocessen.

## **Dataindsamlingen**

Undersøgelsen bygger på fire fokusgruppeinterview, hvor kombination af gruppeinteraktion og emnefokus gør denne metode særlig velegnet til at producere empiriske data, der siger noget om betydningsdannelser i gruppe. Der ligger i kraft af interaktionen i fokusgrupper en potentiel mulighed for at repertoire af såkaldt tavs viden kan blive inspireret og forløst til eksplicitering end det er muligt ved individuelle interview. Fokusgrupper er ligeledes gode til at producere data om sociale gruppers fortolkninger, interaktioner og normer. Ligeledes kan sammenligninger af kollegers erfaringer og forståelser i gruppeprocesser producere viden om kompleksiteten i betydningsdannelser og sociale praksisser, som er sværere at få frem i individuelle interview (Halkier 2002). Ovenstående udgjorde et vigtigt grundlag for beslutningen om fokusgruppeinterview frem for enkelte interview i dette studie.

## **Udvalg af deltagere til fokusgrupper**

Invitationen til fokusgruppeinterviewene skete via skriftlig, telefonisk og personlig henvendelse til ledere af ti tværfaglige team over en halvårlig periode. To team kunne ikke deltage. I forsøg på at få maksimal variation i udvalget blev interviewene gennemført med repræsentanter fra tre familieteam fra primær sektor, samt to distriktspsykiatriske team, et geriatrik team, et palliativt team, et smerteteam, således fem teams fra den sekundære sektor. Der er her tale om en strategisk udvælgelse (Dellve 2002). De professionelle, hvoraf fire var mænd, fordelte sig fagligt med ni sygeplejersker, fire psykologer, fire socialrådgivere, tre fysioterapeuter, to sundhedsplejersker, en ergoterapeut, en læge og en pædagog. Fokusgruppedeltagerne blev inviteret og sammensat på tværs af de tværfaglige team. Derved mindskes risikoen for indforståethed og behovet blandt teamdeltagerne for at få uddybet og diskuteret fokusemnet forventedes at være større og kunne rumme kimen til vigtige data.

Fællestræk for de i alt 25 deltagere i fokusgrupperne var, at de alle var professionelle fra integrerede tværfaglige team i social- og sundhedssektoren og alle havde mindst 1 års erfaring fra teamsamarbejdet. Et andet fællestræk var, at de varetog opgaver af bl.a. forebyggende og sundhedsfremmende karakter i forhold til borgere med komplekse psykosociale og fysiske problemer. Udvalget af informanter var meget afhængig af teamenes muligheder, velvillighed og tidsmæssige rammer, og det medførte et stort og tidskrævende arbejde at koordinere de endelige aftaler med de enkelte teamdeltagere. Invitationen til fokusgruppeinterviewene pointerede vigtigheden af en så bred faglig repræsentation som muligt for at give et så nuanceret billede af professionelles oplevelser og erfaringer med kundskaber og kompetencer, hvilket teamene med velvillighed forsøgte at opfylde.

## Fokusgruppeinterview

Det er kendetegnende for et fokusgruppeinterview, at det er en kombination af gruppeinteraktion og forskerbestemt emnefokus. Processerne i fokusgrupperne foregår med udgangspunkt i forskerens spørgsmål (Halkier 2002). Processen og diskussionen har derfor været styret af en memoreret temaguide med en række udsagn og spørgsmål, som gruppedeltagerne blev præsenteret for i en ikke prioriteret rækkefølge (bilag 1). Der var dog forsøgt en vis struktur i interviewet. Det var målet, at samtalen skulle flyde frit imellem deltagerne og afdække så bred en vifte af idéer, synspunkter og erfaringer som muligt omkring følgende emner:

- Erfaringer med forebyggende og sundhedsfremmende arbejde
- Fælles reference – konsensus om mål
- Faglige forudsætninger i det tværfaglige samarbejde
- Personlige forudsætninger i det tværfaglige samarbejde
- Organisationsforhold og sociokulturelle forhold
- Magtforhold
- Ethiske forhold

Ovenstående emner blev valgt i lyset af, at oplevelser og erfaringer vedrørende kundskaber og kompetencer som knytter sig til den daglige praksis kan være svære at eksplisitere. Det var derfor hensigten at vælge emner, som påvirker teamsamarbejdet, jævnfør indledning og baggrund for undersøgelsen, for der igennem at ”liste” erfaringer, oplevelser og opfattelser frem, som kunne bringes ind i en diskussion på baggrund af refleksionsprocesser.

Alle interview, som hver varede ca. 2 timer blev optaget på bånd og transskriberet. En observatør var til stede ved første interview med henblik på at notere interaktionen i diskussionen og hjælpe moderator med at fastholde, hvad der skete (Bojln 1995). En evaluering af form og indhold af første interview set i forhold til målet med undersøgelsen og de faktiske koordinerings og tidsmæssige problemer, medvirkede til beslutning om at gennemføre de resterende interview uden observatør. Interviewene foregik i rolige omgivelser med god plads.

## Grounded theory

Grounded theory er anvendt i analyseprocessen. Med ”grounded theory” menes en teorigenererende metode som indebærer, at den teori som fremkommer i analysen er fundet i data, som systematisk er indsamlet og analyseret gennem forskningsprocessen (Corbin & Strauss 1998). Et studie baseret på grounded theory søger dermed at generere en teori, som relaterer til den særlige situation som former studiets fokus. Grounded theory anvendes ofte inden for udforskede områder, hvor relevante variabler endnu ikke er defineret eller formuleret.

Metoden er egnet til at identificere, hvilke faktorer som har relevans for det studerede fænomen, og hvilken sammenhæng der er mellem disse faktorer. Den anvendes i forsøg på at finde mønstre, som kan danne baggrund for teori og modeller.

## **Baggrund for grounded theory**

Grounded theory har sit teoretiske fundament i sociologien og specielt i den sociologiske tradition, der kaldes symbolsk interaktionisme. Formålet med sociologisk forskning inden for denne tradition er at afdække, beskrive og forstå symbolsystemerne, og de strukturer og funktioner de basale sociale processer giver anledning til. Dette bygger på hovedtanken om, at vore handlinger ikke kan forstås adskilt fra den sociale kontekst, og at den sociale kontekst skal forstås som et system af symbolske interaktioner mellem de forskellige aktører. Sproget er det mest betydningsfulde system i denne sammenhæng (Robson 2002).

Dette studie bygger metodisk primært på Corbin & Strauss (1998), som har reformuleret den klassiske version af "grounded theory" udviklet af Glaser og Strauss (1967). Corbin og Strauss har introduceret nye procedurer i analyse af data med reference til aksial kodning, hvis formål er at forsøge at klarlægge forbindelserne mellem de enkelte emnekategorier, som er udviklet på baggrund af den åbne kodning. Grounded theory har tidligere været omgivet med en del skepsis og diskussioner vedrørende de forskellige versioners kodnings-processer og paradigmer. Den reformulerede grounded theory metode har vundet et større publikum, da den nu er lettere tilgængelig og mere pragmatisk end den klassiske version. (Dellve 2002). Interessen for metoden ses inden for pædagogik, folkesundhedsvidenskab og inden for omsorgsforskningen (Starrin 1996).

## **Analyse af data**

Den valgte metode gav mulighed for at nærme sig feltet åbent og give data mulighed for at forme den grund, som skulle danne grundlag for senere konklusioner. Det betyder ikke, at jeg nærmede mig feltet helt uden baggrundsviden og forståelse for den sammenhæng, det indgik i. Problemstillinger og teoretiske referencer samt problemformulering lægger op til en udforskning og bearbejdelse af resultater med et socialkonstruktivistisk perspektiv. Der er tale om et perspektiv med udgangspunkt i, at erkendelser og forestillinger ikke er noget naturgivent, men noget som er socialt formidlet, "noget" vi har et forhold til, som kan bekræftes eller benægtes. Socialkonstruktivismens "emancipative" dimension er at trække en tidligere sluttet relation frem, den mellem os og vore forestillingsverdner og gøre den til genstand for refleksion (Bertilsson 1998).

De valgte interviewspørgsmål var ligeledes udtryk for den forforståelse, jeg mødte informanterne med. Bevidstheden om denne forforståelse har været en vigtig del af den reflektive analyseproces, og det har været afgørende at den ikke udelukkende har været styrende for analyse og konklusion. Det er ifølge Corbin og Strauss (1998) ikke et krav, at et projekt tager udgangspunkt i en teoretisk reference, med mindre der er tale om at udvide og videreudvikle en eksisterende teori. Men da analyse af data i en forsknings-

mæssig sammenhæng er et samspil mellem data og forsker, fordrer det en sensitivitet hos forskeren, og at man under hele analysefasen opretholder en teoretisk sensitivitet i forhold til data, det vil sige en følsomhed over for nuancerne i data, og deres mening. Den teoretiske sensitivitet udsprang af et grundigt teoretisk kendskab til emnet jeg undersøgte, af personlige og faglige erfaringer og samtidig øgedes sensitiviteten under analyseprocessen. Den faglitterære og videnskabelige forforståelse har været den komparative base, med hvilken jeg ”målte” rækken af andres meninger. Den kunne anvendes til at opnå større forståelse for deres forklaringer, som grundlag for begyndende fortællinger over egenskaber og dimensioner over deres forklaringer (Corbin & Strauss 1998).

Ved en konstant sammenlignende metode fortsatte dataindsamling og analyse samtidigt ud fra princippet om, at begreber som er relevante for det studerede fænomen skal indtages. Denne teoretiske udvælgelse eller ”theoretical sampling” skal hjælpe til at udvikle teoretiske ideer og mætte udviklede kategorier under fortsatte interview. (Dellve 2002.) En mangelfuld mætning af kategorier kan medvirke til en usammenhængende teoriudvikling som derved kommer til at mangle tæthed og præcision (Corbin & Strauss 1998).

De transskriberede bandede interview kontrolleredes flere gange for at fjerne misforståelser og fejl i transskriberingen. Analysen startede med åben kodning, hvor formålet var at definere og identificere dimensioner og egenskaber ved de studerede fænomener. Der blev sat koder/navne på dele af interviewteksten ord for ord, linje for linje eller tekststykke for tekststykke. Her identificeredes koder, som senere blev samlet til kategorier. Der var dels tale om substantive koder som relaterer til begreber fra hverdagen eller teoretiske koder, som blev formuleret om relationen mellem enkelte af de substantive koder ved hjælp af en sammenlignende analyse (Corbin & Strauss 1998). Under analyseprocessen voksede begreber og kategorier frem og gav ideer til videre spørgsmål. Under denne proces blev interviewene gennemlæst gentagne gange og citaterne under de åbne koder blev kontrolleret og sammenlignet med henblik på deres indbyrdes egenskaber og dimensioner. Under denne proces blev en del citater flyttet og andre blev slettet, hvis der ikke viste sig en meningsfuld sammenhæng i forhold forskningsspørgsmålene, den kontekst citaterne var taget fra og den åbne kode de var kategoriseret under.

Under den åbne kodning udviklede der sig slutteligt ni hovedkategorier med tilhørende underkategorier. Senere i analyseprocessen blev hovedkategorierne yderligere reduceret til syv, og disse dannede grundlag for den aksiale kodning. Alle interview blev gennemlæst igen med henblik på en sammenlignende analyse af citater, udsagn, kategorier og underkategorier. Det vil sige at der under den åbne kodning slutteligt er data fra interviewene som ikke vurderes til at kunne relateres til de studerede fænomener og som følgelig ikke kunne indeholdes i de fundne kategorier. Det er karakteristisk for grounded theory, at den ikke anvender hele den mulige datadybde, hvilket vil forudsætte en ”dybere” analyse hvilende på yderligere teoretisk begrundede antagelser (Holm & Schmidt 1995).

Aksial kodning blev foretaget ved hjælp af krydskodning, hvor koder og kategorier blev sat sammen på ny for at finde nye sammenhænge, hvor hændelserne blev relateret til

hinanden. Her blev interviewene igen læst igennem og citater, som udtrykte relationer mellem to kategorier bliver trukket frem. Der blev under denne kodning anvendt en matrix til at synliggøre og fastholde den store mængde af udvalgte citater, som repræsenterede relationen mellem de udvalgte koder og kategorier. Dette gav anledning til yderligere omplaceringer af citater. Sammenhængen mellem citater og krydsede kategorier blev analyseret ved hjælp af paradigme-metoden som arbejdsmodel. Omdrejningspunktet i modellen er *fænomenet*, den centrale ide og de øvrige kategorier blev forsøgt placeret i forhold til dette fænomen. Det kan være som *betingelserne (kausale, kontekstuelle og intervenserende)*, *handling/interaktion eller konsekvenser*, som de øvrige elementer i paradigmemetoden. Denne proces hjalp til at fokusere på, hvordan de komplekse sammenhænge mellem de forskellige kategorier kunne tolkes, og der blev opkastet hypoteser om disse sammenhænge, som derefter blev kontrolleret for om de kunne genfindes i data før de blev anvendt i den sidste fase. Under den aksiale kodning med fordelingen af sammenhængen mellem citater og kategorier og ikke mindst ved analyse med paradigmemetoden, fremkom kernekategorien og viste sin relation til de resterende kategorier og ikke mindst hvilken karakter relationen havde. Kernekategorien er den kategori, som viste sig at kunne integrere materialets resterende kategorier.

Under den selektive kodning, som var det afsluttende analysetrin, blev kernekategoriens og hovedkategoriernes indbyrdes sammenhæng yderligere analyseret og fortolket. Analysen sluttede med at sammenfatte kategorierne på et endnu højere abstraktionsniveau som resulterede i én kernekategori med tilhørende underkategorier, som udgjorde konteksten for tre hovedkategorier. I denne fase blev det yderligere klart at hovedkategoriernes underkategorier kunne kategoriseres ved hjælp af nøglebegreber som kunne rumme variationerne i underkategorierne og dermed ligge på et abstraktionsniveau mellem hovedkategorier og underkategorier. Under hele analysearbejdet er der skrevet noter og memos som var en stor hjælp til at fastholde den store mængde af data, ideer, overvejelser og løbende konklusioner.

## **Etiske overvejelser**

Argumenter for og udvikling af tværfagligt samarbejde bør også ses i et etisk perspektiv og ikke alene ud fra faglige, interprofessionelle interesser. Irvine (2002) argumenterer for den realitet, at behovet for lindring af besværslighed og lidelse hos individ, familie, gruppe og samfund ikke kan varetages af en enkelt faggruppe eller sektor alene. De professionelles moralske forpligtigelse øges til at samarbejde med andre, som de deler et professionelt ansvar med. Derfor er det også i et patient-, familie- og samfundsperspektiv nødvendigt, at der i det tværfaglige samarbejde udvikles både monofaglige, tværfaglige og personlige kundskaber og kompetencer til at løfte de social- og sundhedsfaglige opgaver tværfagligt, ikke mindst med hensyn til forebyggelse og sundhedsfremme. Denne fordring har været en væsentlig motivation for denne undersøgelse. I forbindelse med kontakt til de tværfaglige team og de enkelte teamdeltagere er der lagt stor vægt på at formidle formålet og fokuserer i interviewet og oplyse i hvilken sammenhæng resultaterne skulle bruges. Alle deltagere har modtaget skriftlig information i god tid før interviewene, der var medsendt informationer om informeret samtykke, sikring af fortrolighed og at båndoptager vil blive slukket ved forlangende under interviewet. Ved in-

interviewets start sikrede jeg mig at alle var klar over deres muligheder for at sige fra og at deres anonymitet vil blive sikret ved skriftlig publikation. Der var efter interviewets afslutning mulighed for at nægte udtalelser citeret i det fremtidig offentliggjorte materiale. I analyseprocesserne blev der lagt særlig stor vægt og opmærksomhed på begrundelser for fravalg af mindre elementer af datamateriale og ikke mindst på de data som blev anvendt under kodningerne og kategoriseringerne. De gentagne gennemlæsninger af interviewene skulle sikre, at data hele tiden bevarede den meningsfulde relation til den kontekst de var taget ud af. I resultaterne er de citerede udtalelser anonymiseret og kondenseret indholdsmæssigt med stor respekt for essensen i de oprindelige udtalelser og de sammenhænge de er trukket ud fra.

## RESULTATER

I præsentation af studiets resultater beskrives først hovedfundet, som er kernekategorien ”sociokulturel organisation sætter dagsorden for udvikling af kundskaber og kompetencer”. Kernekategorien med tilhørende underkategorier (tabel 1) beskrives og sammenhængen til hovedkategorierne underbygges. Herefter præsenteres hovedkategorierne ”den forebyggende og sundhedsfremmende diskurs”, ”det nødvendige professionelle fundament” og ”de tavse kundskaber og kompetencer” i en oversigt (tabel 2) sammen med deres respektive nøglebegreber og underkategorier. De enkelte hovedkategorier med respektive nøglebegreber og underkategorier bliver præsenteret hver for sig og understøttet af citater fra materialet.

### Præsentation af kernekategorien: Sociokulturel organisation sætter dagsorden for udvikling af kundskaber og kompetencer

Tabel 1. Oversigt over kernekategori med tilhørende underkategorier.

<b>Kernekategorien</b>	<b>Underkategorier</b>
<b>Sociokulturel organisation sætter dagsorden for udvikling af kundskaber og kompetencer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisering og ledelse af tværfagligt samarbejde</li> <li>• Forskelligheder og støtte</li> <li>• Fagkultur</li> <li>• Magtforhold</li> <li>• Samarbejdsprocesser</li> <li>• Refleksion og supervision</li> <li>• Samarbejdskultur som fremmer og hæmmer udvikling af kundskaber og kompetencer</li> </ul>

Kerne-kategorien ”sociokulturel organisation sætter dagsorden for udvikling af kundskaber og kompetencer” afspejler betydningen af de relationelle forhold og den sociokulturelle organisation i de tværfaglige team i forhold til udvikling af kundskaber og kompetencer. Der er tale om teamdeltagernes erfaringer og oplevelser med ledelse, organisationsstruktur og fagkultur. Interprofessionelle samarbejdsforhold som samarbejdsprocesser, magtforhold, refleksion, supervision og samarbejdskultur viser sig ligeledes at påvirke udvikling af kundskaber og kompetencer.

De organisatoriske rammer, ledelsens engagement og vilje til at deltage i, men samtidig også lede det tværfaglige samarbejde, har stor betydning for teamdeltagernes oplevelse af et funktionelt tværfagligt samarbejde, som samtidig kan rumme behovet for dialog og udvikling. Det viste sig generelt i alle interviewene under den aksiale kodning, at kernekategorien havde væsentlig indflydelse på de andre forhold, som er repræsenteret i hovedkategorierne. Variationerne i opfattelserne af den sociokulturelle organisations betydning viste sig i oplevelser af, hvad der ”gav en god grund at vokse på” for teamet og de enkelte medlemmer, og oplevelser af uopfyldte behov for organisering af det tværfaglige samarbejde med rum til dialog og refleksion i tværfagligt forum. En del af informanterne havde ingen eller kun sporadiske oplevelser med formaliseret refleksion, og supervision var for enkelte informanter et monofagligt anliggende. Men det var fælles for mange, at ønsket om og visheden om værdien af tværfaglig refleksion var stor.

- **Organisering og ledelse af tværfagligt samarbejde**

De organisatoriske, strukturelle og ledelsesmæssige forhold i det tværfaglige samarbejde viste sig at have betydning for i hvilken udstrækning de enkelte deltagere i teamet er medansvarlige for sikring af fundamentet for teamets arbejde. Enkelte udtrykker oplevelser af mangelfuld ledelse, og andre at teamdeltagerne selv formulerer de formelle og uformelle krav. Ledelsens engagement og synlighed i teamets daglige arbejde har betydning for teamdeltagernes muligheder og valg af mestringsstrategier i det daglige arbejde og de problemer, der følger med. Der er erfaringer med manglende koordinering og utilstrækkelige planer for indsatsområder på et overordnet organisatorisk plan, ligesom flere informanter savner ledelse i de tværfaglige samarbejds-mæssige og refleksive processer, som opleves at være væsentlige for den tværfaglige udvikling.

P 14 ”Vi har en flad struktur, så det er ikke sådan en top-down styring - lederen er på lige fod med de andre kolleger.”

P 13 ”... hver enkelt medarbejder kan være med til at påvirke organisationen med holdninger og faglig input.”

P 22 ”Vi fik gode rammer med konsulenthjælp til at starte det tværfaglige team og det metodiske, det betød utroligt meget, plus vi har haft en leder, som har brændt for tværfagligt team og holdt fanen højt. Ved stop-op dage, kan vi justere og se kritisk på vore aktiviteter - der er skabt den der åbenhed - det kombineret med, at vi har haft en gruppe, hvor vi er rimeligt trygge ved hinanden, det synes jeg er de gode rammer i vores team.”



- **Forskelligheder og støtte**

Forskelligheder, faglige som personlige, opleves og opfattes som en gevinst for teamenes arbejde. Det er et gennemgående træk hos informanterne, at forskellighederne opleves som udfordrende, berigende og perspektiverende for de sager, man behandler. Enkelte teamdeltagere udtrykker dog at mange års samarbejde kan medvirke til ensretning og indforståethed blandt teamdeltagerne. Forskellighederne opfattes at lægge grunden til den støtte det tværfaglige samarbejde kan medvirke til, hvilket havde stor betydning for mange informanter.

P 13 *"... vi har jo forskellige indgangsvinkler til forskellige problematikker - det kræver meget respekt for hinanden, men også tryghed i teamet til at kunne diskutere uden at man nødvendigvis skal blive enige og til at bevare sine forskelligheder ..."*

P 12 *"Man kan prøve lidt mere, det er nemmere at tage de usikre skridt når man har et team man er tryk ved ..."*

- **Fagkultur (mono-, fler- og tværfaglighed)**

Fagkulturen i teamene udtrykkes gennem bevidstheden om den betydning, mono-, fler- og tværfaglighed har for det tværfaglige teams samarbejde og i høj grad i forhold til løsning af de opgaver, teamet er forpligtiget over for. Det er kendetegnende for flere informanter, at de oplever at veksle mellem fler- og tværfaglighed og specielt hvis tværfagligheden svigter, går man over til de mere velkendte flerfaglige samarbejdsformer. Er monofagligheden usikker, er det svært at være i det tværfaglige samarbejde. Enkelte stiller indirekte spørgsmålstejn ved om der arbejdes tværfagligt i teamet, da der ikke er rum og vilje til feedback på den daglige praksis og dermed heller ikke mulighed for at diskutere konkrete patientsituationer i tværfagligt forum.

P 14 *"Vi har været meget bevidste om tværfaglighed contra flerfaglighed og om den tværfaglige proces i relation til fælles mål - tværfaglighed er den 4. person - det er det vi kalder fællesskabet - ånden. Det kræver faglighed men samtidig også at turde give slip på den - kan man kun lidt giver man ikke slip på det lidt man kan."*

P 11 *"Jeg oplever det er flerfagligt når jeg ikke kan vende tilbage og drøfte erfaringer omkring en patient. De andre kommer ikke med input eller spark."*

- **Magtforhold**

Magtforhold i det tværfaglige samarbejde bliver hos enkelte informanter opfattet som noget der er alle steder og som har stor betydning for et teams funktion. Magtkampe som ikke bearbejdes i teamet er opslidende. Der tales om fordeling af magten og mestring af magt gennem diskussion og åbenhed. Magt opleves at have hæmmende, men også fremmende virkning på teamets udvikling af viden afhængig af magtens placering og væsen.

P 14 *"Vi har oplevet opslidende magtkampe og så går det hele i stå, den eneste måde at løse det på er ved at tale om det."*

P 5 *"Det har været positivt, når vi har haft modsætningsfyldte opfattelser, som respekteres som ligeværdige, men det afhænger af kulturen, hvad man er interesseret i at høre - har oplevet en konkurrencepræget kultur, hvem har ret, eller du skal ikke kunne mere end mig, så er du en trussel."*

- **Samarbejdsprocesser**

Samarbejdsprocesserne i de tværfaglige team opleves af flere som tidskrævende og svære, og her refereres specielt til udvikling af fælles mål. Andre efterlyser mulighed for at samarbejde ud fra "idealene" for det gode tværfaglige samarbejde. Enkelte beskriver den vekselvirkning der er mellem det selvstændige arbejde og samarbejdet i teamet og den fleksibilitet det kræver.

P 14 *"Vi har været gennem en lang proces med at definere hvad vi vil med samarbejdet og udviklet fælles mål - virkelig ned hvor det gjorde ondt. Hver gang der kommer nye ind i teamet skulle der startes forfra."*

P 7 *"Forskellige forståelsesrammer giver mange faglige diskussioner og "råben", men som regel kommer det patienterne til gode og vi bliver klogere af det bagefter - får større indsigt i de andre faggruppers syn."*

- **Refleksion og supervision**

Refleksion og supervision betragtes som væsentlige redskaber for den enkeltes og teamenes udvikling af kundskaber og kompetencer. Der udtrykkes ønsker om, at det er en integreret del af teamenes arbejde. Udgangspunktet for refleksionen er både patientsituationer og interne samarbejdsforhold og dermed gives der udtryk for, at der er mulighed for udvikling af kundskaber og kompetencer for begge områder. Samtidig opleves supervision som et vigtigt grundlag for uddelegering og varetagelse af opgaver.

P 23 *"... det (refleksion) lærer vi meget af, både som metode og måde at arbejde på. Det er noget nyt og det er godt."*

P 7 *"Kendskabet til hinanden internt øges (ved supervision) og påvirker en personlig udvikling som kan styrke teamet - refleksionen rydder op i gamle vaner og det væsentlige bliver mere klart.. men travlheden i hverdagen kan bremse for den refleksive proces."*

- **Samarbejdskultur som fremmer udvikling af kundskaber og kompetencer**

Samarbejdsforhold og samarbejdskultur kan medvirke til, at et funktionelt tværfagligt samarbejde kan opleves som udviklende i sig selv. De organisatoriske rammer for et funktionelt tværfagligt samarbejde viser sig at have væsentlig betydning for, at der kan skabes samarbejdssituationer og rum, der er befordrende for udvikling af kundskaber og

kompetencer. Det er gennemgående, at de personlige kompetencer, specielt de værdimæssige sider, inddrages som væsentlige forhold i samarbejde som støtter udvikling af kundskaber og kompetencer. Gensidigheden og afhængigheden af tryghed, respekt og lydhørhed præger dette billede. Magtforhold tillægges at have betydning for udvikling af kundskaber og kompetencer. Fysiske forhold nævnes af en enkelt som en vigtig faktor for overhovedet at samarbejde. Fysisk nærhed i praksissituationerne øger mulighederne for fælles refleksion.

P 13 *”... i det tætte samarbejde påvirkes man jo af hinanden og begynder at tænke mere ens, men har alligevel den anden bagage med sig hele tiden. Det er det der gør vi får den merviden - der går ikke lang tid før en evt. negativ og fordømmende holdning fra en ny kollega forsvinder, menneskesynet smitter af...”*

P 22 *”... åbenhed kombineret med tryghed ved hinanden, er gode rammer i vores team, altså skulle det være grunden til den positive udvikling, og at det er et godt sted at være.”*

- **Samarbejdskultur som hæmmer udvikling af kundskaber og kompetencer**

Samarbejdsforhold som hæmmer udviklingen af kundskaber og kompetencer viser sig ved oplevelser og udtalelser om organisatoriske rammer, som ikke skaber fysiske, mentale og faglige rum til diskussioner, hvor der kan være risiko for uhensigtsmæssig monofaglig fokusering, og hvor magtkampe kan stoppe udviklingstiltag. Det er ikke alle team, som arbejder med supervision og dette gives der kritik af - det er ikke en del af kulturen og de organisatoriske forhold opfattes som en barriere herfor.

P 19 *”... udviklingsmæssigt og uddannelsesmæssigt kommer vi til at høre til vores faggrupper og ikke til det tværfaglige team ...”*

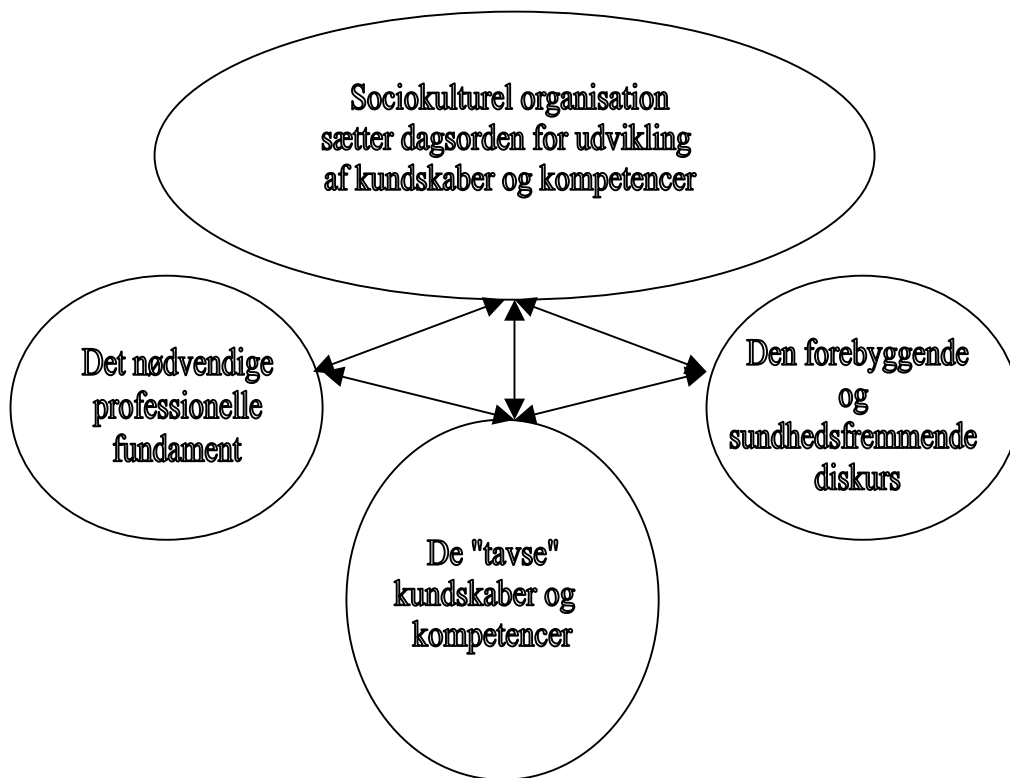
P 16 *”... det er bremsende for udvikling, hvis en leder ikke lytter til teammedlemmers forslag og tager dem til efterretning og tillader de ting som teamdeltager kan argumentere for.”*

P 24 *”... set i bakspejlet forhindrede tidligere manglende gensidig tillid og tryghed i gruppen os i at diskutere og lære af brændområder, som gav personaleproblemer – det blev opfattet som personligt angreb ...”*

## **Sammenhængen mellem kernekategorien og hovedkategorier**

Ved brug af paradigmemetoden i den aksiale kodning blev det mere tydeligt hvordan kernekategorien ”sociokulturel organisation sætter dagsorden for udvikling af kundskaber og kompetencer” (tabel 1 side 20) og hovedkategorierne ”den forebyggende og sundhedsfremmende diskurs”, ”det nødvendige professionelle fundament” og ”de tavse kundskaber og kompetencer” (tabel 2 side 27) gensidigt påvirker hinanden. Samtidig viste der sig også et mønster, hvor kernekategorien dannede konteksten for de andre kategorier. Dette illustreres ved hjælp af modellen (figur 1), som viser kernekategoriens

overordnede position, men i et gensidigt samspil med de andre hovedkategorier som ligeledes er i samspil og påvirker hinanden. Interaktionen i modellen søges belyst ved efterfølgende sammenfatning af sammenhængen mellem undersøgelsens kernekategori og hovedkategorier.



Figur 1. Faktorer som påvirker udvikling af kundskaber og kompetencer i et tværfagligt forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Korte kommunikationsveje, fælles fokus på forebyggelse og sundhedsfremme samt diskussioner og samarbejdsaftaler blandt de professionelle opleves som en vigtig forudsætning for en hurtig og klar fordeling af forebyggende og sundhedsfremmende opgaver med forbedring af patienternes/familiernes livskvalitet og sociale situation. Fællesskabet om disse opgaver opleves som støttende og reducerer det individuelle ansvar. De organisatoriske rammer for disse aktiviteter opleves at have betydning for udviklingen af den ideologiske og værdimæssige baggrund for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Det var et gennemgående træk, at samarbejdsprocesser med udnyttelse af teamets ressourcer og samarbejdsaftaler var grundlaget for forbedring og sikring af borgernes behov for tilstrækkelig og kvalificeret hjælp. Aftalerne måtte bygge på fælles mål, helhedssyn, værdier som respekt og tro på borgerens muligheder for at mestre livet. Samarbejdet i teamene opleves af mange som støttende og perspektiverende for vurderinger og indsatser. De organisatoriske rammer og systemer opleves som både

hæmmende og fremmende for samarbejdet med borgerne. Det stiller store krav til teamdeltagernes kompetencer og ansvarlighed med hensyn til at varetage borgerens behov, frem for systemets.

De personlige kompetencer som åbenhed, at turde vise sårbarhed, respekt, engagement, vilje til samarbejde, mod til udfordringer, kommunikative evner og vilje til forståelse er væsentlige forhold som de fleste af informanterne har erfaret påvirker det tværfaglige samarbejde, organisatorisk, kulturelt og magtmæssigt. Der gives udtryk for betydning af, hvordan det lykkes at skabe fælles forståelse og samarbejde om fælles mål. Samtidig har det betydning for magtforholdene i et team og udvikling af kompetencer til at mestre magtforhold konstruktivt. De personlige kompetencer havde ligeledes betydning for, i hvilket omfang faglige og personlige forskelligheder opfattes som en ressource for teamet eller en belastning eller hindring.

Det tætte samarbejde i et team stiller krav til de personlige kompetencer om evne til samarbejde. Det tværfaglige samarbejde opfattes som en proces og en bevægelse mellem det tværfaglige og flerfaglige, hvor det er vigtigt at bevare egen faglighed for at udvikle tværfagligheden og bevare ekspertisen. Er kulturen i teamet præget af åbenhed over for forskellige opfattelser og kompetencer, modsat en konkurrencepræget indstilling i det tværfaglige møde, er der opfattelser af at det giver bedre grundlag for udvikling tværfagligt og monofagligt. Viden om kommunikative processer og bevidsthed om den faglige rolle, man har i systemet, er vigtige elementer i den faglige kompetence i det tværfaglige samarbejde.

Der er blandt informanterne stor grad af bevidsthed og ønske om at udvikle kundskaber og kompetencer i det tværfaglige forum. Denne udvikling er efter de fleste informanters mening afhængig af de muligheder, som organisatoriske, ledelses- og samarbejds-mæssige forhold skaber. Der lægges vægt på åbenhed og tryghed i teamene, og villighed til at diskutere magtmæssige problemer betragtes som væsentlig. Der er enighed blandt informanterne om at kurser, konferencer og fællesmøder er vigtige for denne udvikling. Accepten af forskellighederne kommer også frem her. Ledelsens engagement, opbakning og åbenhed over for diskussioner af de professionelles roller og aktiviteter i de forskellige systemer tillægges stor betydning for, at der skabes rum for udvikling. Der lægges vægt på de korte kommunikationsveje og oplevelsen af at være i et støttende miljø med deling af ansvar. Disse forhold har betydning for de tværfaglige samarbejdsprocesser og dermed udvikling af kundskaber og kompetencer. De tværfaglige samarbejdsprocesser opleves langvarige, fagligt udfordrende og personligt krævende.

Refleksion og supervision samt diskussioner ved møder og konferencer anses for at være væsentlige aktiviteter, som fremmer udvikling af kundskaber og kompetence. Magtforhold kan have en bremsende effekt på supervision og udviklingsmuligheder. Skabes der ikke rum for denne refleksion og diskussion af daglig praksis kan det påvirke vurderingsgrundlaget, den faglige selvtilid og arbejdsglæden.

De miljømæssige/kulturelle forhold og de samarbejds-mæssige processer medvirker ikke alene til faglig udvikling i de tværfaglige team monofagligt samt tværfagligt, det har også betydning for den enkeltes personlige udvikling. Disse forhold opleves at medvirke

til at reducere sårbarheden og afmægtigheden hos informanterne. Flere giver udtryk for opfattelse af at udviklingen af kundskaber og kompetencer i teamet har medvirket til fælles mål og værdigrundlag, fælles terminologi og metodiske ændringer, nye perspektiver og erfaringer med ændring af praksis.

## Præsentation af hovedkategorierne

De tre hovedkategorier bliver præsenteret i nedenstående oversigtsskema tabel 2 og efterfølgende defineret og beskrevet i et indholdsmæssigt sammendrag for at beskrive sammenhængen mellem hovedkategorier, nøglebegreber og underkategorier. Underkategorierne repræsenterer de respektive egenskaber og dimensioner ved kategorien og bliver eksemplificeret ved citater.

Tabel 2. Oversigt over hovedkategorier med tilhørende nøglebegreber og underkategorier.

<b>Hovedkategorier</b>	<b>Nøglebegreber</b>	<b>Underkategorier</b>
<b>Den forebyggende og sundhedsfremmende diskurs</b>	<b>Patogenese</b> <b>Salutogenese</b> <b>Ideologi/værdigrundlag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sundhedsopfattelser</li> <li>• Forebyggende indsats</li> <li>• Sundhedsfremmende indsats</li> <li>• Tværfaglig vinkel</li> <li>• Fælles mål</li> <li>• Gevinst</li> <li>• Ressourceorientering</li> </ul>
<b>Det nødvendige professionelle fundament</b>	<b>Det personlige fundament</b> <b>Det faglige fundament</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation</li> <li>• Samarbejde</li> <li>• Selvstændighed</li> <li>• Personlige kompetencer</li> <li>• Værdigrundlag</li> <li>• Fagligheden</li> <li>• Faggrænser</li> </ul>
<b>De "tavse" kundskaber og kompetencer</b>	<b>Individuel og fælles udvikling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Holdninger til nye kundskaber og kompetencer</li> <li>• Bevidsthed om udvikling af kundskaber</li> <li>• Bevidsthed om udvikling af kompetencer</li> <li>• Kundskabsudviklingsproces</li> <li>• Kompetenceudviklingsproces</li> </ul>

## **Hovedkategorien: Den forebyggende og sundhedsfremmende diskurs**

”Den forebyggende og sundhedsfremmende diskurs” rummer ”i-tale-sættelse” af sproglige iscenesættelse af forebyggelse og sundhedsfremme, men også dannelse af de professionelle praksisformer. Diskurs er en fordanskning af det franske ”discours”, der henviser til et genstandsområde, et discursivt objekt, ikke et realobjekt med et eget sandt væsen men formet af, og i talen også benævnt den diskursive praksis (Otto 1998). Hovedkategorien repræsenterer opfattelser, synspunkter og erfaringer med det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Fagideologiske og værdimæssige synspunkter ”i-tale-sat” som væsentlig baggrund for teamenes aktiviteter med relation til lindring, behandling, rehabilitering og ikke mindst forebyggelse og sundhedsfremme er et gennemgående mønster.

### **Nøglebegreber: Patogenese og salutogenese**

Selvom der ikke begrebsligt klart skelnes mellem forebyggelse og sundhedsfremme er tendensen i interviewene, at der skelnes mellem de aktiviteter som hindrer, foregriber, forudser skader, sygdom, lidelse og belastninger. Dette kan være indeholdt i begrebet patogenese med fokus på årsager og virkning i et sygdoms- og risikoperspektiv. Andre aktiviteter i undersøgelsen har fokus på trivsel, livskvalitet, ressourceorientering og udvikling af mestringssevne. Der er tale om at støtte, skabe muligheder og udvikling, hvilket kan rummes af begrebet salutogenese. Ved at anvende de to nøglebegreber i kategorien kan der skabes en meningsfuld adskillelse mellem begreberne forebyggelse og sundhedsfremme. Denne adskillelse viser sig med andre ord i informanternes opfattelse og erfaring fra den daglige praksis, men samtidig giver informanterne indirekte udtryk for at der eksisterer en interaktion mellem forebyggelse og sundhedsfremme begrebsligt og praktisk.

- **Sundhedsopfattelser**

Sundhedsopfattelser udtrykkes ikke direkte i alle interviewene, men ligger implicit i de holdninger der gives udtryk for gennem informanternes opfattelser af forebyggelse og sundhedsfremme og i diskussioner, som har ideologisk og fagkulturel karakter. Enkelte informanter tydeliggør dog nødvendigheden af at de professionelle bør gøre sig klart, at der kan være forskellige sundhedsopfattelser blandt de professionelle og patienter/familier. Systemets sundhedsdefinition som opfattes at være præget af at sundhed er fravær af sygdom får betydning for mødet med patienterne. I kontakten med børn og familier er der ifølge informanterne ikke fokus på sygdom, men barnet og dets trivsel.

P 25 ”... man er nødt til at mødes (med patienterne) og finde ud af, hvad er det for en holdning der ligger bag (sundhedsopfattelsen), at de har det udgangspunkt, så må man prøve at udveksle nogle holdninger til det ...”

P 20 *"Det (systemets sundhedsdefinition) siger måske mere om menneskesynet og samfundets definition på hvad det vil sige at være rask."*

P 23 *"... udgangspunkt i hvordan trives barnet, det er centrum. "*

- **Opfattelse af forebyggende indsats**

Opfattelserne af forebyggelse og den forebyggende indsats har gennemgående træk som at undgå, forhindre at problemer, skade og sygdom opstår eller forværres. Samtidig er der hos flere informanter en bevidsthed om, at den forebyggende indsats kan være primær, sekundær eller tertiær eller med nogle af informanternes ord "det kan foregå på forskellige planer." Her adskiller teamene sig ved, ifølge informanterne, at den forebyggende indsats hos team tilknyttet sekundær sektor ofte har karakter af tertiære forebyggelse, og at det hos team som arbejder med børn og familier snarere er tale om sekundær, men også primær forebyggelse. Det er kendetegnende for informanterne, at deres opfattelser at forebyggelse tænkes specifikt i risikofaktorer men også favner betydningen af multifaktorielle betydningsfaktorer.

P 4 *"... det kan jo så være at forhindre at ting forværres sig i hvert fald og i bedste fald løser nogle problemer på et tidligt tidspunkt."*

P 22 *"... vi forebygger ved at klæde institutionerne på med tidligere opsporing af børns signaler.. også tit med til at tage problemerne i opløbet ..."*

P 16 *"... forhindre genindlæggelse af kronisk sindssyge patienter."*

- **Opfattelser af sundhedsfremmende indsats**

Opfattelser af sundhedsfremmende indsats afspejler både bredde i indsats og relaterer sig til det enkelte individ og familien. Der tales om livskraft og livskvalitet, og om øget mestringsevne til at anvende de samfundsmæssige muligheder. Der er fokus på menneskets livssituation påvirket af fysiske, psykiske, sociale og åndelige faktorer og på at patienterne få mindre behov for at andre har ansvaret.

P 24 *"Det at kunne vejlede en pårørende til at give en behagelig behandling til sin syge ægtefælle, det er som at forære en gave, noget godt at gøre hinanden - så er det jo et redskab mod afmagten - nogle handlemuligheder."*

P 6 *"... patienterne er i den forstand faldet i vandet i det øjeblik de bliver henvist til os.. vi kan så måske lære dem at svømme noget bedre i det vand, vi kan forebygge at de bliver indlagt,.. det er et sundhedsfremmende element at lære patienter at acceptere og leve med det handicap det måtte være ..."*

- **Tværfaglig vinkel på det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde**

Det er gennemgående i interviewene og blandt informanterne, at det tværfaglige forum er nødvendigt for at kunne dække det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde op-



timalt. Det tværfaglige samarbejde giver mulighed for flere nuancerede perspektiver på ofte komplekse livssituationer. Der tales om ”ånden” som kernen i og som forudsætning for det tværfaglige samarbejde. De korte kommunikationsveje i teamene begrundet i nærhed og indgående kendskab til teamets faglige ressourcer, kan medvirke til fagligt nuanceret og gennemtænkt forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

P 7 ”... forebyggelse og sundhedsfremme kræver en tværfaglig indsats, hver faggruppe ser problematikken med bestemte briller - det er næsten en nødvendighed, at der er flere faggrupper der ser på det for at komme hele vejen rundt.”

P 23 ”... det tværfaglige samarbejde betyder at jeg bliver bedre til det (forebyggende og sundhedsfremmende arbejde). Jeg får større viden og forståelse, og møder familierne med bredere øjne.”

## Nøglebegreber: Ideologi og værdigrundlag

Adskillige udsagn havde karakter af fagideologiske synspunkter. Hovedparten af informanterne gav udtryk for vigtigheden af at have et helhedssyn og fælles mål som udgangspunkt for mødet med patienterne/ familierne. Det var ikke praksis hos alle, kun enkelte gav udtryk for at have eksplicite fælles overordnede specifikke mål. At tænke og arbejde ressourceorienteret var et gennemgående træk i opfattelser og erfaringer fra praksis i interviewene. En informant gav udtryk for opfattelsen af at de professionelle måtte have ansvar for at kombinere det problem- og ressourceorienterede arbejde.

- **At tænke og handle ressourceorienteret**

Den ressourceorienterede tankegang og indsats er en del af flere informanternes professionelle hverdag og ideologi. Enkelte giver udtryk for, at der er meget stor forskel blandt de professionelle måder at møde borgernes ressourcer på og i hvilken udstrækning de inddrages i samarbejdet med borgeren. Tilliden og evnen til kontakt med borgeren opfattes som en væsentlig forudsætning for at ressourcerne kommer i spil.

P 23 ”... vi tænker meget ressourceorienteret, når forældre kommer til os - vi spørger altid: hvad kan barnet så - hvad er barnet god til - hvad er barnet glad for?”

P 21 ”Der anvendes ressourceorienteret fysioterapi som anden indfaldsvinkel til behandling end den traditionelle fysioterapi, hvor man fokuserer på symptomet.”

- **Det tværfaglige samarbejde - gevinst for mødet med patienter/familier**

Teamdeltagerne har opfattelsen af at det tværfaglige samarbejde er en ”gevinst” for patienterne/familierne, da det reducerer og letter kommunikationsvejene. Helhedsperspektivet drages ind i denne sammenhæng og patienter og familier fratages belastningen ved at skulle ”forstå og koordinere” adskillige professionelle synspunkter og forslag til løsninger.

P 21 *"... doktorshopping" undgås, fordi de ikke behøver gå et andet sted hen, når en teamdeltager ikke kan hjælpe - det er samlet et sted, de (patienterne) kan få besked samme sted og de ved der bliver taget hånd om dem."*

P 20 *"Det tværfaglige gør det lettere at møde personer med mange problemer på mange forskellige fronter i systemer som er meget definerede og organisatorisk delt op i ..."*

- **Fælles mål – en nødvendighed**

Opfattelsen af nødvendigheden af at arbejde med fælles mål er et væsentligt gennemgående træk blandt informanterne. Fælles mål opfattes som en nødvendighed, men ikke alle har erfaring for at det kan praktiseres. Det opleves som meget svært at få fælles mål.

P 14 *"Vi har overordnet målsætning - målsætning for hvordan vi skal gebærde os, men kommer vi en gang imellem i hårdknude, så går vi tilbage til bibelen - lever vi op til den målsætning vi har, altså at bedre patientens livskvalitet."*

## **Hovedkategorien: Det nødvendige professionelle fundament**

Kategorien er udtryk for informanternes gennemgående opfattelse og erfaring med det tværfaglige samarbejdes fordring af et personligt fundament af kompetencer, som både kan rumme gensidigheden af afhængighed/ uafhængighed og selvstændighed i de relationelle situationer. De personlige kompetencer viser sig ligeledes at have betydning for, at de kommunikative processer forløber uden misbrug af faglig dominans og magt. Værdier som respekt, tillid, ærlighed og åbenhed tillægges væsentlig betydning for samarbejdet og for at der kan ske udvikling. Det er en gennemgående erfaring i forhold til det faglige aspekt i kategorien, at det monofaglige fundament har afgørende betydning for det tværfaglige samarbejdes kvalitet og udvikling. Er det monofaglige fundament usikkert, *"kommer der ikke mere tilstede"*, som en informant udtrykker det.

## **Nøglebegreb: Det personlige fundament**

Der er tale om kvalifikationer og egenskaber, som opfattes som nødvendige og som grundlag for at det tværfaglige samarbejde kan fungere godt. Der er tale om kompetencer, egenskaber, færdigheder og kundskaber, som er en integreret del af den faglige personlighed. Indholdsmæssigt udtrykker informanterne kompetencer som de professionelle opfatter som vigtige for de relationelle forhold professionelle imellem og mellem de professionelle og patienter/familier/institutioner.

- **Kommunikation**

Den kommunikative side af det tværfaglige samarbejde udtrykkes som både verbale og nonverbale kompetencer. Der lægges vægt på at kunne afdække nuancer og menings-

forskelle med henblik på at forandre og forbedre, men også for at udvikle personlige kompetencer generelt.

P 9 *"... at turde være sårbar, turde diskutere hvad der er svært, det er jo der man skal hjælpe hinanden... det er vigtigt at kunne se sine fejltagelser..."*

- **Samarbejde**

Der er omkring samarbejds-mæssige kompetencer tale om både hæmmende og fremmende forhold. Samarbejdet omtales, som noget man kan/ikke kan, noget som kan fremkalde forsvarsmekanismer og hvor det kan være svært men nødvendigt at trække grænser mellem det personlige og private. Der tales om at være ansvarlig, som en forpligtigelse, et krav om at være aktiv i samarbejdet, at byde ind, give plads og lytte til andre men samtidig også være "ansvarlig" for at ens fag bliver repræsenteret. Dette har betydning for relationerne i teamet.

P 23 *"... man skal give plads til og høre hvad de andre vil sige ..."*

P 17 *"... jeg synes ikke vi er gode til at rose hinanden i vores team."*

- **Selvstændighed**

Flere informanter opfatter evnen til selvstændighed som væsentlig i det tværfaglige samarbejde, set i lyset af at man ofte er den eneste repræsentant for sit fag i den tværfaglige gruppe og kunne "byde ind og turde sige noget andet" end resten af teamet.

P 18 *"... (vigtigt i samarbejdet) at have behov for selvstændighed - at kunne påtage sig det store ansvar at arbejde selvstændigt, gøre nogle ting selv."*

P 23 *"man skal være stærk nok til at turde sige noget andet, eller at give sig i kast med noget nyt - kæmper for det."*

- **Opfattelser af personlige kompetencer**

Enkelte havde en klar overbevisning om, at det personlige aspekt i en professionel virksomhed var mere betydningsfuldt for samarbejdet end de faglige kompetencer, da de personlige kompetencer opfattes som noget der er svært at ændre. Hvorimod flere havde opfattelse af at udvikling af personlige kompetencer var væsentligt, og at det er uundgåeligt i det tværfaglige samarbejde.

P 23 *"... det handler ikke kun om den faglige del, men det handler meget om den personlige udvikling - vi har udviklet os utroligt meget - ikke kun fagligt."*

P 22 *"... en personlighed er svær at ændre, hvis det er noget grundlæggende der ikke matcher de tre andres."*

- **Værdigrundlag**

Der tales om personlige kompetencer med værdimæssige karakterer som respekt, anerkendelse, ærlighed, åbenhed og fleksibilitet. Der gives udtryk for en holdning som afspejler, at disse områder er vigtige for samarbejdet.

P 19 *"... vigtigt at kunne lytte og have respekt for hinandens faglighed - kunne stoppe op og høre andres mening også ved uenighed - være tålmodig."*

P 23 *"Åbenhed, fleksibilitet det er utroligt vigtigt ..."*

## **Nøglebegreb: Det faglige fundament**

Denne del af kategorien afspejler de professionelles forventninger, holdninger og erfaringer med fagligheden som i denne sammenhæng opfattes som nødvendig for det tværfaglige samarbejde. En stærk monofaglighed medvirker til, at der kommer mere i spil i det tværfaglige samarbejde.

- **Forventninger og holdninger til fagligheden**

Forventninger om at være fagligt velfunderet, at anvende fagligheden i samarbejdet og villighed til at evaluere indsats og udvikle sig monofagligt er gennemgående i interviewet. Respekten for andre fag samtidig med faglig selvrespekt påpeges som væsentlig for teammedlemmerne. Den faglige rolle sættes af en enkelt informant i et organisatorisk perspektiv. Det opfattes som vigtigt, at en fagperson ikke bare definere sig selv i forhold til at have en vis faglighed, men at man også er bevidst om den faglige rolle man har i sammenhæng med den organisation man indgår. Dette ses i lyset af at professionelle kan have forskellige roller afhængig af den organisation og det system de indgår i, hvilket vil have betydning for forventninger til de professionelle.

P 7 *"At være i tværfagligt team kræver i hvert fald villighed til at lade sig kigge over skulderen - at man er velfunderet i sit eget fag og har respekt for de andre fag - men vigtigt som faggruppe at gøre opmærksom på hvad mit fag kan tilbyde ..."*

- **Erfaringer med fagligheden**

Fagligheden erfares som et vigtigt fundament som præger den enkelte personligt, og mødet med andres faglighed opleves som udfordrende, men også som noget der kan true en. Fagligheden mister dog sin betydning, hvis de personlige aspekter bliver en barriere i samarbejdet. Det opleves som en faglig ensomhed, hvis man ikke kan dele sin faglighed med andre.

P 13 *"Vi præges af vores faglighed - når der bliver flyttet på, rodet i vores faglige kasser kan det gøre ondt og det kan synes farligt."*

P 11 *"Det giver sikkerhed at være meget velkvalificeret til opgaver i et team..."*

- **Opfattelser af faggrænser**

Hvis faglige grænser udviskes eller ikke respekteres, kan teamet miste noget af sin dynamiske virkning, ligesom oplevelser af at føle sig klemt kommer frem i interviewene. Overtagelse af andre fags opgaver kan være begrundet i manglende repræsentation af faggruppen i teamet eller ud fra et "nemheds" hensyn, med den risiko at kompetencer overskrides. Der gives udtryk for vigtigheden af at kende sine faglige grænser og være bevidst om, hvornår andre faggrupper skal involveres. Bevidstheden om egen faglighed og faglige grænser opfattes som væsentlige for, at der kan "komme mere tilstede".

P 9 "... hvis man bliver lidt for meget team, hvor man udvisker faggrænserne lidt for meget, så halter det - der sker noget samarbejdsomt ..."

P 10 "Det er vigtig at have for øje hvor min grænse går, og hvornår en anden fagperson skal ind - faggrupper kan blive klemt, når en faggruppes faglige viden bliver noget alle kan bruge."

## **Hovedkategorien: De "tavse" kundskaber og kompetencer**

Kategorien repræsenterer informanternes holdninger, som afspejler ønsker og bevidsthed om udvikling af kundskaber og kompetencer og om den betydning det tillægges. Det er kendetegnende for diskussionerne, at det er svært for informanterne konkret at beskrive eller berette om kundskaber og kompetencer, som er udviklet i det tværfaglige samarbejde, og som relaterer sig til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Men der viste sig alligevel nogle mønstre, som kan medvirke til adskillelsen mellem individuel og fælles udvikling af kundskaber og kompetencer.

### **Nøglebegreber: Individuel og fælles udvikling**

Der er en bevidsthed om øget indsigt og oplevelse af at vurderinger og beslutninger kvalificeres gennem fællesskabet, hvilket giver nye erfaringer i teamet. Men samtidig profiterer den enkelte teamdeltager af denne fælles viden og erfaring i sin selvstændige virksomhed inden for teamet. Oplevelse og erfaringer med nye kundskaber omtales som synergieffekt - en større viden, forståelse og oplevelse af, at det at dele "mødet med patienten" skaber en ny fælles inspiration, som giver ny erkendelse. Det opleves, at man "deler" viden.

- **Holdninger med ønsker om at opnå nye kundskaber og kompetencer**

Holdninger og ønsket om at opnå nye kundskaber og kompetencer er repræsenteret i alle interviewene. Der gives udtryk for forventninger om kursusdeltagelse mono- som tværfagligt. At lade sig udfordre af de professionelle forskelligheder udtrykkes gennem forventninger om, at udnytte variationer af kundskaber og kompetencer hos de enkelte teamdeltagere som forudsætning for udvikling.

P 13 ”... vigtigt at tage diskussionen op og får revideret sine kasser - også når det handler om noget etisk.”

P 7 ”... at præsentere sine overvejelser og så få nogle helt andre synspunkter giver en levende grund til at der vokser noget.”

- **Bevidsthed om udvikling af kundskaber**

Udvikling af kundskaber blev udtrykt ved oplevelse af øget indsigt i forhold til de problemfyldte situationer, teamene skulle tage sig af. Der er tale om at lære om andre faggruppers terminologi og oplevelse af styrker i forskellighederne. Der er bevidsthed om viden, der bliver større i det tværfaglige samarbejde, og som rækker ud over hvad det traditionelle system kan tilbyde. Det er svært for deltagerne at sætte ord på den fælles viden, de taler om, men der udtrykkes vished om, at diskussioner, evaluering og refleksion over praksis, men også deltagelse i fælles praksis kan hjælpe til at afdække ”den tavse viden”. Der gives udtryk for vigtigheden af afholdelse af kurser for hele teamet med henblik på fælles udvikling, - at bevidsthed om faggrænser, åbenhed og respekt for andre faggrupper er forudsætning for at ”mere kan komme til stede.”

P 7 ”Man bliver tvunget til at blive mere bevist om den tavse viden ved at møde andre faggrupper - det bliver en fælles viden i teamet, men det bliver også en viden som bliver mere bevidst for mig selv, det hjælper også mig selv ...”

P 19 ” ... det (teamets kundskaber) er blevet formidlet til mig ved at være i det og gennem den måde man gør ting på, men at sætte præcise ord på - det gælder hele arbejdsfeltet, metoder og forståelse af patienter osv.”

- **Bevidsthed om udvikling af kompetencer**

Bevidsthed og ønsket om udvikling af kompetencer fokuserer på relationen til patienterne og mellem teamdeltagerne. Der er fokus på udvikling af holdnings- og attitude-mæssige forhold i relationerne, men samtidig også at det tværfaglige perspektiv skaber en større helhed og større forståelse i forhold til patienterne. Den enkeltes faglige udvikling støttes med hensyn til faglige vurderinger og gennemførelse af indsats, og der opleves udvikling af mestringssevner til at rumme belastende situationer gennem støtte og refleksion i teamet. Teamsamarbejdet bevirker styrkelse af de personlige kompetencer, som er grundlag for kontakt til patienter /familier. Mindre usikkerhed, større mod. Udvikling af kompetencer i teamet er medvirkende til en tættere faglig og personlig interaktion. Det medfører oplevelse af øget fokusering på det væsentligste i forhold til patienterne/familierne og dermed mulighed for i større grad at nærme sig hinanden med hensyn til holdninger, metoder og aktiviteter. Oplevelse af fælles kompetencer udtrykkes ved, at man har fået fælles metoder, sprog og erfaringer med at kunne arbejde mere effektivt på baggrund af refleksioner og evalueringer, men også at have flere løsningsmuligheder til rådighed.

P 9 *"Der opleves synergieffekt, når faggrupperne hver for sig har set patienten og der efterfølgende tilbagemeldes til fælles fagligt forum, det giver nye erkendelser - det kunne bidrage til at lindring og sundhedsfremme kunne blive bedre."*

P 20 *"... det styrker mig som fagperson, at være i et tværfagligt samarbejde - mennesket kommer i centrum - vores systemer er meget definerede og organisatorisk opdelt - så her gør det tværfaglige mig bedre til at møde en person som har mange problemer."*

P 24 *"... teamet er blevet bedre til at gennemskue hvad problemet egentlig er, at have nogle løsningsmuligheder, kendskab til muligheder at tilbyde."*

- **Oplevelser af kundskabsudviklingsprocesser**

Udviklingen af kundskaber opleves som en meget tidskrævende proces og der gives udtryk for, at der kan gå år før teamene har udviklet fælles viden. Udviklingen af kundskaber har for nogle informanter fremkaldt følelsesmæssige erindringer om, at det gør ondt at ændre/udvikle viden, da man også skal give slip på tidligere indlært viden. Der gives udtryk for at organisatoriske, indholdsmæssige og faglige vilkår præger processen. De interprofessionelle forhold spiller en vigtig rolle for udvikling af "den ordløse viden", som formidles gennem møder og diskussioner af patienter.

P 13 *"... der bliver rokket ved den (fagligheden) det kan gøre ondt, men når det kommer på plads igen, så kan det være ny faglig viden."*

P 7 *"... flere års teamsamarbejde giver et fællesområde af viden ..."*

- **Oplevelser af kompetenceudviklingsprocesser**

Kurser og bearbejdelse af gentagne problemstillinger har været vigtige redskaber i kompetenceudviklingsprocessen. At få stillet spørgsmål kan medvirke til revision af holdninger og etiske dilemmaer. Åbenhed over for forskelligheder i personlighederne i teamet kan medvirke til fælles udvikling, og dermed oplevelsen af at kunne forholde sig selvkritisk og "lære af fejl".

P 23 *"Det er proces med udviklingen, hvor man er nået så langt, at man kan kigge tilbage på sig selv og med tryghed forholde sig selvkritisk og lære af fejl - med de personligheder vi har, kan vi finde noget vi kan, noget vi er gode til - og udvikle os sammen."*

# DISKUSSION AF METODE OG RESULTATER

## Diskussion af anvendt metode

I dette afsnit diskuteres anvendelsen af studiets metode, validitet og reliabilitet. Der er ifølge Kvale (2001) tre kilder til validering: respondentvalidering, forskerfællesskabet og den brede offentlighed. Jeg beskæftiger mig med de to første, som betragtes som kommunikativ validering. Respondentvalidering handler om informanternes gyldighedsbedømmelse af datamaterialet. Forskerkollegers kritik af begreber udviklet undervejs samt kritisk at forholde sig til stringens og logik i sammenhængen mellem problemstilling, metode og resultat er væsentlige kilder til validering. Kvale taler yderligere om den håndværksmæssige validering, som bygger på forskerens forholden sig som kritiker til egne resultater (Kristiansen & Krogstrup 2002). Ovenstående ligger til grund for følgende overvejelser i forbindelse med vurderingen af validitet og reliabilitet af undersøgelsen.

Interviewet gav informanter mulighed for at fortælle om egne oplevelser og erfaringer og der var mulighed for at diskutere og udveksle erfaringer, som medvirkede til nuancering og inspiration til yderligere refleksion blandt informanterne. Det individuelle interview kunne have været anvendt specielt som afsluttende interview i undersøgelsen og brugt som en gensidig forbedring af metoderne (fokusgruppe og individuel interview), men blev fravalgt af tidsmæssige grunde. Det kan højne validiteten af en undersøgelses resultater, hvis flere metoder kan producere viden om fænomenets forskellige dimensioner eller fortolkninger (Halkier 2002). Ved anvendelse af grounded theory kunne der skabes grundlag for udvikling af en teori eller model, som kunne være inspiration for yderligere afdækning af feltet og for udvikling af uddannelseselementer i sundhedsuddannelserne med fokus på det forebyggende og sundhedsfremmende tværfaglige samarbejde.

De enkelte teamdeltagere havde alle flere års erfaringer fra tværfagligt teamsamarbejde, hvilket også viste sig at have betydning for teamdeltagernes muligheder for at fortælle og diskutere oplevelser og erfaringer. At være nyetableret team kræver mange ressourcer, og mulighederne for at bidrage med erfaringer med fælles kundskaber og kompetencer må forventes at være overskygget af afklaring af de professionelles roller, forventninger, værdigrundlag, og metodeafklaring (Bateman et al. 2003).

Udvalget af informanter var primært afhængig af de adspurgte tværfaglige teams interesse og mulighed for at deltage. Den største repræsentation havde sygeplejerskerne, hvilket også afspejler teamenes sammensætning. Dette kan have haft betydning for udfaldet af resultaterne, både i forhold til kernekategori og hovedkategorier. Der var ved hvert interview forsøgt spredning af team og professionel baggrund, og ofte var der to teammedlemmer fra samme team ved samme interview. Dette medvirkede til ”intern” erfaringsudveksling og bidrog til yderligere nuancering af temaer under interviewet. Udvalget af informanter kunne have været valgt ud fra andre kriterier med hensyn til fordeling efter profession og køn, men det var ikke i fokus i denne undersøgelse. Det har været overvejet at interviewe de enkelte team for sig, men da der ikke i problem-



formuleringen var lagt op til en sammenlignende undersøgelse af for eksempel forskelle og ligheder i udvikling af kundskaber og kompetencer afhængig af strukturelle og organisatoriske sammenhænge, blev det fravalgt. Det kan ikke udelukkes, at interview med de enkelte team kunne have bidraget med andre og måske flere resultater vedrørende det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Der har ved invitationen til fokusgruppeinterview været sendt informerende baggrundsmateriale om undersøgelsen til teamenes ledere og efterfølgende til de deltagende informanter. Dette medvirkede til sikring af aftaler og fastholdelse af hensigt og mål med interviewet. Der var en fri og venlig omgangsform mellem interviewer og informanterne og informanterne indbyrdes, selvom mange ikke kendte hinanden. Der var en "ånd" af forventninger præget af nysgerrighed og stor interesse og lyst til at diskutere, hvilket havde stor betydning for dynamikken i gruppen af professionelle. Hovedstrukturen i den memorerede temaguide var ens i alle fire interview, men indholdet blev tilpasset afhængig af områder, som blev søgt bedre belyst end fra de foregående interview. Sensitiviteten under interviewet var specielt rettet mod, hvad der kunne ligge bag ved det talte, set i lyset af målgruppens mulige professionelle begrebsforståelse og ideologiske afsæt og temaets karakter. Specielt i de to sidste interview havde jeg udviklet en større grad af sensitivitet med uddybende spørgsmål om de bagvedliggende overvejelser, tanker og erindringer end ved første interview. Til det sidste interview viste det sig frugtbart for diskussionen, at teamdeltagerne fik en række konkrete spørgsmål tilsendt til nærmere refleksion kort tid før interviewet. Dette kunne givetvis have kvalificeret de første interview yderligere.

Der kan være en risiko for at ikke alle i fokusgrupper kommer til orde i en diskussion eller, at der er en gruppedynamik som betinger et ønske om konformitet hos deltagerne. Særligt dominerende deltagere kan på den måde styre, hvilken vending en diskussion tager, hvilket kan få betydning for validitet af data (Bojlén 1995). Dette blev forsøgt reduceret ved at rette specifikke og uddybende spørgsmål til de få informanter, det drejede sig om, og ved at "legalisere" diskussion om modsatte synspunkter. Atmosfæren som interviewet foregik i var befordrende for at alles synspunkter var værdifulde og inspirerende for andres refleksioner. Samtidig var sensitivitet over for kropssprog som nik og andre nonverbale tilkendegivelser af accept eller modstand mod det udtalte en væsentlig indikator for diskussionen og vejledende for behov for uddybning eller validering af egen tolkning under interviewet. I et interview af ca. 2 timers varighed kan det være svært at fastholde disse nonverbale udtryk. En observatør var til stede ved det første interview, som hjalp til at evaluere spørgsmål, måden interviewet foregik på og til at fastholde de nonverbale reaktioner. Der var på de væsentligste områder sammenfald mellem observatørs og interviewers opfattelser og observationer. Af tidsmæssige grunde var der kun observatør ved første interview, men de fælles erfaringer dannede grundlag for de efterfølgende interview. Det drejede sig specielt om sikring af at alle blev inddraget i interviewet. Evalueringerne og erfaringerne fra det første interview gav anledning til enkelte ændringer i spørgsmål. Det kan ikke udelukkes, at intervieweren med fokus på en memoreret temaguide og på at lytte til den der taler, kan overse andre deltageres reaktioner. Dette blev forsøgt minimeret ved at lade alle fremkomme med deres spontane ytringer inden emnet skiftede fokus. En optagelsesteknisk fejl forhindrede dele af første interview i at blive transskriberet, hvorfor analysen primært bygger på andet,

tredje og fjerde interview. Da analysen efter fjerde interview var færdig blev første interview inddraget igen, hvilket ikke gav anledning til ændringer i kodningerne, men tværtimod kunne supplere med relevante synspunkter og erfaringer.

En væsentlig udfordring under interviewet var at fastholde spørgsmålets fokus, skabe rum til en åben diskussion, som basis for udveksling af nuancer i opfattelser og erfaringer. Det var ligeledes en stor udfordring at fastholde tidligere udtrykte opfattelser og erfaringer med henblik på at skabe et frugtbart rum for uddybende og kritiske spørgsmål uden det egentlige fokus forsvandt. Det lykkedes at skabe rum til forskellige og modstridende synspunkter. Det var karakteristisk for interviewene, at der var en stor lydhørhed over for andres erfaringer og villighed til at bidrage med synspunkter, som medvirkede til nuancering af erfaringsudvekslinger og diskussion. Erfaringer fra første interview øgede opmærksomheden på nødvendige ændringer, som at være mere konsekvent i at konkludere på informanternes diskussioner. Dette kan medvirke til at validere interviewerens fortolkning af diskussionerne og meningsudvekslingerne. Det kunne have givet informanterne bedre mulighed for at udtrykke deres accept eller modstridende oplevelse af det diskuterede. Efter interviewet fik deltagerne lejlighed til at kommentere form og indhold, og det gav ikke anledning til ændringer, tvært imod var der tilbagemeldinger om at det havde været et udfordrende, inspirerende og afklarende møde. Der blev ikke ytret ønsker om ved afslutningen af interviewet at undlade citering fra interviewene i et publiceret materiale.

De bandede interview blev løbende transskriberet og blev kontrolleret flere gange med udskrifterne for at rette misforståelser eller tolkninger. Det transskriberede var herefter identisk med båndoptagelserne. Gennemlæsning af de transskriberede interview medvirkede til enkelte ændringer i rækkefølgen af hovedspørgsmålene, samtidig med en kvalificering af spørgsmålene ved forenkling i efterfølgende interview, hvilket medvirkede til at fastholde fokus. En nuanceret viden om interviewemnet og fortrolighed med hovedaspekterne var et vigtigt grundlag for både interviewene og for senere analyse.

I grounded theory er validering en vigtig del af analyseprocessen. Validering er sikret ved en gentagende systematisk sammenligning af kodninger og konceptualisering med interviewene. Denne sammenligningsproces mellem enkelte dele og helheder i interviewet dannede grundlag for kontrol af, om de valgte kategorier og nøglebegreber kunne identificeres i materialet i hele analyseprocessen. Der har under hele processen været nedskrevet noter eller memos for at fastholde tanker og ideer under de tre kodningsprocesser, men også for at fastholde de mange tekststykker i en systematik, som hjalp til at bevare overblik. Der har ikke været anvendt et færdigt computerprogram, men eget dokumentarkiv over kodningerne, hvilket sammen med analysenoter har været en stor hjælp til at bevare overblik under den åbne og den aksiale kodning. Metodevejleder har været kritiker og ”medbedømmer” af de slutninger der er foretaget, på baggrund af kendskabet til interview, adskillige kodedokumenter, analysenoter og de fælles diskussioner vejledningen har givet anledning til.

Den aksiale og selektive kodning medvirkede til at der dannedes en meningsfuld sammenhæng kategorierne imellem, og der var efterfølgende grundlag for at danne en model der rummer væsentlige forhold, som har betydning for udvikling af kundskaber og

kompetencer i et forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Ved yderligere gennemlæsning af interviewene blev resultaterne af analysen og den udviklede model holdt op imod data, hvilket ikke gav anledning til ændringer.

Det har været overvejet at sende resultaterne til enkelte informanter med henblik på respondentvalidering. Det blev fravalgt, da der er tale om fokusgruppeinterview og informanternes anonymitet er sikret både med hensyn til hvilket team de kommer fra og med hensyn til hvilken faggruppe de tilhører, da det ikke har været en vigtig del af undersøgelsens fokus. Det fremgår heller ikke af resultaterne, hvilket interview data er hentet fra.

## **Diskussion af resultater**

### **Diskussion af: Sociokulturel organisation sætter dagsorden for udvikling af kundskaber og kompetencer**

Hovedfundet i studiet viser, at de interprofessionelle, de fagkulturelle, men samtidig også de strukturelle og organisatoriske rammer og vilkår opfattes som væsentlige påvirkende faktorer i udvikling af kundskaber og kompetencer i det forebyggende og sundhedsfremmende tværfaglige samarbejde. Der er i forbindelse med dette studie ikke fundet andre studier, som specifikt undersøger faktorer som påvirker udvikling af kundskaber og kompetencer i det tværfaglige samarbejde og ej heller i relation til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Både nordiske og internationale studier beskæftiger sig med forhold som påvirker det tværfaglige samarbejde og faktorer, som har betydning for udvikling af og kvalificering af tværfagligt samarbejde.

Karin Sehested (1996) har undersøgt professionelle medarbejdergruppers roller i forhold til realisering af målene med kommunale forvaltningssammenlægninger. Undersøgelsen, som danner baggrund for en Ph.d. afhandling, viser ifølge Sehested, at der i strukturændringernes målopfyldelse (især med hensyn til helhedsløsninger) ikke tages hensyn til det vanskelige i at opnå forskellige former for vidensændringer, som kunne være nødvendigt for flere grupper. Tendenser til ændringer i gruppernes viden som følge af strukturændringer fremkommer ved, at nogle grupper pålægges nye opgaver fx gennem tværfagligt samarbejde. Disse kan medvirke til udvikling af nye perspektiver hos de professionelle. Tendenserne til *vidensændringer* gennem det tværfaglige samarbejde er ikke entydige i Sehesteds undersøgelse. Men de nye strukturer synes at virke understøttende for, at der kommer mere tværfagligt samarbejde i gang, og at dette samarbejde er med til at rokke ved professionernes opfattelse af deres egen og andres viden. Men hvorvidt der sker ændringer i *vidensgrundlaget* synes især at afhænge af, hvad indholdet i samarbejdet er, og hvorvidt de professionelle betragter det konkrete indhold som faglig forbedring af deres daglige arbejde. Undersøgelsen viser altså, at *vidensændringer* er vanskelige at "påtvinge" de professionelle, og det må netop ses i sammenhæng med den status som ekspertviden har i forvaltningen og på institutionerne, og den måde de professionelles vidensgrundlag udvikles på.

Sehested konkluderer at der er ingen tvivl om, at de professionelle tillægger strukturerens påvirkning af deres styringsforhold større betydning, end strukturerens påvirkning af deres vidensgrundlag. Alle grupper har været meget aktive med at få de formelle kompetenceforhold på plads, og der er en udbredt ekskluderende tendens i disse bestræbelser, men også en opfattelse af, at hvis kompetencen mellem grupperne ikke er på plads, er det svært at skabe en faglig *vidensudvikling* i de nye strukturer.

Dette studie viser supplerende til Sehesteds undersøgelse, at det opleves og opfattes som væsentligt, at der gennem organisatoriske og strukturelle vilkår skabes de nødvendige rammer for et funktionelt tværfagligt samarbejde. Dette beskrives og problematiseres ligeledes af Hansen (1999) og Nielsen (2001) på baggrund af erfaringer inde for den sociale sektor og ligeledes i forbindelse med oprettelse af tværfaglige team for børn og unge med særlige behov (Borup & Nielsen 2001). Disse strukturelle og organisatoriske vilkår, sammen med at stor grad af professionel selvstyring og medbestemmelse i teamet, opfattes som væsentlige forudsætninger for udvikling af kundskaber og kompetencer. Der er i dette studie til forskel for Sehesteds studie ikke kun tale om ændring af den enkelte professionelles vidensgrundlag, som en effekt af det tværfaglige samarbejde, men også om den fælles viden, kundskaber og kompetencer der dannes i teamet. I Sehesteds studie er der tale om ændringer af vidensgrundlaget på baggrund af ændrede arbejdsopgaver, som følger med det at skulle indgå i et tværfagligt samarbejde. Der er ikke blandt dette studies teamdeltagerne tale om oplevelser af ændrede arbejdsopgaver eller strukturændringer. Der er derimod fokus på udvikling af værdier og mål, og at det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde forudsætter en tværprofessionel evaluering og refleksion i praksisfællesskaberne. Dette kan medvirke til revurdering af de tværfaglige kundskaber og kompetencer og ændring af arbejdsopgaver, som kan påvirke den enkeltes vidensgrundlag og kompetencer. Her vil det givetvis ikke være uden betydning om én professions viden har haft en dominerende indflydelse på de beslutninger der har været truffet i teamet, samt hvilken status denne viden har haft i organisationen jævnfør Irvin et al. (2002).

Willumsen (2003) konkluderer på baggrund af undersøgelse af tværprofessionelt samarbejde med unge med psykosociale problemer som bor i døgninstitutioner, at der eksisterer en tydelig modsætning mellem den sociale og sundhedsmæssige politik, som lægger op til standardisering af service og nødvendigheden af fleksibilitet i de "skræddersyede" løsninger til de unge mennesker. Undersøgelsen som bygger på interview af professionelle viser desuden at fleksibilitet i forhold til de strukturelle og kompetencemæssige forhold også må være til stede. Ligeledes viste det sig vigtigt at have personligt potentiale til at udvide grænser og kunne respondere de unge menneskers individuelle behov.

Denne undersøgelse har ikke fokus på den sociale og sundhedsmæssige politik som vedrører de forebyggende og sundhedsfremmende intentioner og som er gældende for distriktpspsykiatri, geriatri, tilbud til patienter med langvarig smerteproblematik, palliation og ikke mindst tilbud til børn og familier med komplekse psykosociale problemer. Der er her tale om både amtslig sygehus-, social- og sundhedspolitik og kommunal social- og sundhedspolitik. Det kunne være relevant at stille spørgsmålet, om der er modsætninger mellem de politiske intentioner, de strukturelle og organisatoriske rammer

med de komplekse opgaver teamene er sat til at varetage? Er der i organisationerne målsætning for teamenes udvikling af viden, som skal matche de opgaver der forventes varetaget? Enkelte teammedlemmer udtrykker, at der er sat mål for teamdeltagernes faglige og tværfaglige udvikling, men ellers giver denne undersøgelse ikke anledning til at svare på, om der er sammenhæng mellem de politiske intentioner og de tværfaglige læringsrum det måtte fordr.

Ud over strukturelle og organisatoriske rammer fremgår det i denne undersøgelse, at der også er fagkulturelle og interprofessionelle forhold, som tilsyneladende påvirker udviklingen af kundskaber og kompetencer. Irvine et al. (2002) beskriver ligeledes fagkulturelle og interprofessionelle forhold i det tværfaglige samarbejde. Forfatterne mener ikke, at professional "care" kan forstås uden værdsættelse af mangfoldigheden af indholdspositioner både mellem "health care professions" og hos de enkelte professioner. Artiklen tager udgangspunkt i at efterspørgslen efter tværfagligt samarbejde er grundet i ændret praksisideologi, og at multifaktorielle problemstillinger skabte behov for bred professionel vurdering.

De strukturelle barrierer ved teamwork begrundes af forfatterne med, at sektoropdeling komplicerer udviklingen af interdisciplinære kontakter og kommunikation. Samtidig kan professionelle strukturer, differentieret ved styrke i faglig organisation, kønsfordeling, klasse-mæssig herkomst, uddannelses-mæssige færdigheder og status være forhindringer for udvikling af interdisciplinært samarbejde i sundheds- og velfærdsområdet. Autoritative strukturer og arbejdsdelinger afspejler sig stadig ifølge Irvine et al. (2002) i strukturelle forskelligheder i traditionel adgang til sundhedsydelser, repræsenteret ved den medicinske disciplin i toppen af pyramiden, med traditionel magt til beslutningstagning. Denne magt har i de sidste årtier været udfordret af andre ikke - medicinske grupper. Fortalerne for teamwork og udvikling af multidisciplinære team understreger betydningen af nedbrydningen af medicinsk dominans og demokratiserede samarbejds-mæssige relationer med deling af ansvar og opgaver. Konflikter omkring autoritet, magt, kontrol og bemyndigelse til at træffe beslutninger har været barrierer for effektivt samarbejde og teamwork. Samtidig skaber forskellige værdisystemer og principper for vurdering af opgavernes grad af alvorlighed og kompleksitet både problemer, barrierer og konflikter.

Selvom Irvine et al. (2002) ikke specifikt beskriver udvikling af kundskaber og kompetencer i et forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, giver de et billede af de mangfoldige forhold, som har betydning for et velfungerende tværprofessionelt samarbejde i forhold til de multifaktorielle social- og sundhedsfaglige problemstillinger. Forfatterne anvender et konfliktperspektiv, som tydeliggør barriererne for det tværprofessionelle samarbejde, hvilket er med til at underbygge flere aspekter i denne undersøgelse med hensyn til de strukturelle og organisatoriske rammer samt de fagkulturelle forholds betydning. Netop oplevelsen af at virke inden for en sektor og organisation, som er præget af traditioner for medicinsk faglig dominans, har præget billedet af opfattelser og oplevelser blandt informanterne. Dette billede fastholdes af oplevelser af top-down styring, manglende fælles mål eller mulighed for refleksionsrum med henblik på tværfaglig udvikling i teamet. Modsat har andre informanter oplevelser af, at deres team på trods af ovennævnte strukturelle og organisatoriske barrierer har kunnet kæmpe og diskutere sig

igennem barriererne, og hvor det er lykkedes at skabe både refleksionrum og oplevelse af tværfaglig udvikling. Denne undersøgelse lægger ikke op til og giver ikke tilstrækkelige valide data til at sammenligne de professionelt differentierede strukturer vedrørende styrke i faglige organisation, kønsfordelingen, sociokulturel herkomst, uddannelsesmæssige færdigheder og status og den indvirkning, det kunne have på udvikling af kundskaber og kompetencer.

Irvine et al. (2002) beskriver ligeledes de kulturelle barrierer som forskelligheder i fortolkning af problemstillinger, med varierende forslag til handlinger og behandling som udtryk for forskelligheder i de professionelles kulturer og den intellektuelle bagage de har med sig. Dette slår også igennem den variation af terminologi, der anvendes og variationen af kommunikative kompetencer som præger professioner. Manglende enighed eller stereotype udlægninger af gruppens værdier og erklærede målsætninger intraprofessionelt kan lede til forvirring og utilfredshed i samarbejdsrelationer med andre professionelle. Jo mere udtalt sammenhængen er mellem interessekonflikt og værdikonflikt jo sværere er det at løse konflikten gennem forhandling. I forsøget på at opretholde en adskilt faglig identitet og beskyttelse af professionel uafhængighed opstår tilbøjeligheden til at trække grænser op for andres angreb, og forsvare sig uden interesse for andres meninger om, hvad der kunne tjene patienters/borgers behov bedst.

Forskellighederne, magtforhold og samarbejdsprocesser specielt med hensyn til konsensus om fælles mål og værdier blev oplevet som tidskrævende og konfliktpotentielle udfordringer. Der gives enkelte eksempler i interviewene på interessekonflikter i forhold til fagspecifikke kompetencer og oplevelse af autonomi inden for området. Men det viste sig også at handle om mere dybtgående værdikonflikter, som kan tolkes til at være bundet til de professionelles fagkulturelle baggrund. De forskellige værdimæssige og faglige udgangspunkter for det tværfaglige samarbejde kan give anledning til forskellige vurderinger af praksisproblemer. Netop disse forskellige vurderinger bliver af flere informanter opfattet som en styrke og som basis for et bredere perspektiv og helhedssyn på situationerne og problemerne. Dette kan netop tolkes som et væsentligt grundlag for tværfaglig udvikling og basis for synergieffekt, og ikke mindst at det er lykkedes for de professionelle at overskride nogle af de førnævnte barrierer.

Ovenstående kan danne baggrund for at konkludere, at det kan lade sig gøre for professionelle at påvirke både strukturer og organisation og overskride de magtmæssige, professionsbaserede barrierer i de tætte samarbejdsrelationer, som danner grundlag for udvikling af tværfaglige kundskaber og kompetencer. Mulighederne for at skabe og udvikle en tværfaglig kultur må bygge på accept og respekt for forskelligheder, mod og nysgerrighed i forhold til andre professionskulturers styrker og svagheder i forhold til de fællesopgaver, der skal løses. Hermed kan der skabes mulighed for at konflikter og magtforhold sættes i et andet og mere udfordrende og udviklende perspektiv og ikke mindst bliver synlige på dagsordenen, som en del af en aktiv udviklende proces.

Det var gennemgående i interviewene, at refleksion og supervision blev betragtet som væsentlige redskaber for den enkeltes og teamets udvikling til trods for, at kun en mindre del af informanterne havde erfaring med formaliseret refleksion eller supervision. Der er i dag generelt en tendens til at sætte refleksion på dagsordenen og gøre det til et

centralt begreb i diskussioner om læring og udvikling i uddannelse og i arbejdslivet (Bottrup 2001, Illeris 2001). At flere informanter efterlyser refleksion, selvom de ikke har megen erfaring med processen, kan tolkes som udtryk for den tendens, at refleksion sættes på dagsordenen i den generelle diskussion om udvikling af team. Teamdeltagere, som havde erfaring med refleksion, udtrykte udbredt tilfredshed og begejstring for den virkning det havde i forhold til kontinuerligt at udvikle teamets arbejdsmetoder og interprofessionel støtte. Det medvirkede også til afklaring og udfordring af faglige som personlige ressourcer i teamene som grundlag for at nye kundskaber kunne vokse frem i fællesskabet. Dette underbygger den store betydning forskellighederne blandt de professionelle blev tillagt, hvilket også er et gennemgående træk i den refererede baggrundslitteratur vedrørende tværfagligt samarbejde (Hjort 2002, Irvine et al. 2002, Lauvås & Lauvås 1998). Det er det tværfaglige samarbejdes fundament, men også store udfordring, at de professionelle hver for sig har en sikker faglig ballast med klar faglig identitet og samtidig har respekt for andre professionelles forståelse og faglige vurdering. Et vigtigt grundlag for refleksion og supervision.

At være professionel er betinget af faglige og personlige kompetencer i et dynamisk samspil. I et professionsperspektiv kan denne vekselvirkning mellem det erhvervet gør ved personligheden, og det personligheden gør ved erhvervet medvirke til at visse erhverv tiltrækkes af visse personligheder (Callewaert 2003). Denne opfattelse af professioner med en påvirkende personlighedsfaktor adskiller sig fra de klassiske sociologiske professionsopfattelser som er repræsenteret ved fx læger og advokater. Fremtrædende er her en opfattelse af erhvervet som noget, der opererer efter en sagslogik, som er objektiveret og videnskabsbaseret, og hvor den personlige intersubjektivitet opererer i en anden dimension. Det er kendetegnende for opfattelserne af de mellemlange videregående uddannelser som fx socialrådgivere, lærere og sygeplejersker, at man ikke kan skelne skarpt mellem erhverv og personlighed. Det er ligeledes karakteristisk at selvom ansvaret holder sig til et afgrænset domæne af professionelle tjenester, skal arbejdet laves på en eksistentiel - personlig måde, altså efter en livsverdens logik (Callewaert 2003). Dette har betydning for opfattelser og udvikling af kundskaber og kompetencer i tværfaglige team hvor vægten lægges i forhold til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Den abstrakte og institutionaliserede viden som Wackerhausen (1999) taler om bliver utilstrækkelig og kan være en barriere for udvikling af nødvendige kundskaber og kompetencer i forhold til patienternes/borgernes livsverdensperspektiv, også i tværfaglige team. At møde patienternes/borgernes behov for at begribe, håndtere og opleve meningsfuldhed i samarbejdet om sundhed og sygdom udfordrer både faglige og personlige kompetencer.

Enkelte informanter gav udtryk for, at der blandt den lægefaglige ledelse ikke var krav eller ønske om at deltage i fælles refleksion, og at det havde betydning for teamets tværfaglige udvikling. De forskellige fagkulturer og professionsopfattelser kan komme til at spille en væsentlig rolle i det tværfaglige samarbejde, og antageligt også i de enkelte faggruppers ønsker og behov for refleksion fagligt som personligt. Det må dog ikke underkendes, at professionsopfattelser ikke er statiske og at der inden for den lægefaglige profession kan være opfattelser og praksis, hvor det personlige element spiller en lige så væsentlig rolle som hos de i professionssociologien såkaldte "semi - professioner" (Sehested 1996). Da der i denne undersøgelse ikke er tilstrækkelige data til at tolke på bag-

grunden for de forskellige praksisser med hensyn til refleksion, vil jeg konkludere, at en øget bevidsthed om professionsopfattelser kunne anvendes i analysen af forskellige professionelle behov og ønsker om refleksion i et tværfagligt udviklingsperspektiv.

I lyset af at konflikter og magtforhold kan betragtes som en del af vilkårene for tværfaglige team, ligger der en væsentlig fordring i at teamene håndterer og løser disse i fællesskab. Dette kan facilitere en fælles forståelse med henblik på at sikre patienterne/familierne og børnene en sammenhængende social- og sundhedsfaglig funderet forebyggende og sundhedsfremmende støtte og hjælp. Her kan refleksion og supervision vise sig at være brugbare redskaber.

Mezirow (1990, 1998) har gennem de sidste tre årtier arbejdet med udviklingen af en voksenpædagogisk teori, transformationsteorien. Teorien har haft betydelig indflydelse på, hvordan vi kan forstå mere grundlæggende ændringer i den enkeltes opfattelse og handlinger. En central komponent i teorien er kritisk refleksion, som adskiller sig på flere områder fra andres brug og opfattelser af refleksion som fx Schön (2001). Mezirow mener ikke at enhver handling kræver refleksion, men reserverer begrebet til en særlig form for tænkning, hvor der finder en undersøgelse og evaluering sted af de antagelser, som ligger til grund for ens overbevisninger, følelser, idéer eller forestillinger. Der er ifølge Mezirows opfattelser tale om bevidste tankeprocesser som afhængigt af refleksionsformerne eller refleksionsniveauerne kan påvirke meningsstrukturerne forskelligt. I lyset af at forskellige professionsforståelser og opfattelser, magtforhold og forskellige professionelle tolkninger kan medvirke til at skabe interesse- og værdikonflikter i tværfagligt samarbejde, kan det være relevant at inddrage refleksionsformer, som har fokus på antagelser og overbevisninger, med henblik på at mindske barrierer for udvikling af kundskaber og kompetencer. Denne refleksionsform kunne være ikke bare et supplement men et alternativ til den kendte og hyppigt brugte refleksionsform som Schön er repræsentant for.

I det følgende vil de tre hovedkategorier blive diskuteret hver for sig.

## **Diskussion af: Forebyggende og sundhedsfremmende diskurs**

Kategorien afspejler oplevelser og opfattelser som kom til udtryk under interviewene om det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i teamet. Som tidligere nævnt var det for flere informanternes vedkommende svært begrebsligt at adskille forebyggelse og sundhedsfremme, men samtidig blev der ved beskrivelser af den tværfaglige indsats givet eksempler på holdninger, opfattelser og beskrivelse af aktiviteter som tillod en sådan adskillelse. Forebyggelse har været på dagsordenen i en årrække begrebsligt, forskningsmæssigt og praktisk, som supplement men ikke mindst som alternativ til en stadig stigende erkendelse af behandlingssystemets begrænsninger og afmagt over for livsstils sygdomme. Tanken om sundhedsfremme er opstået inden for og i forlængelse af forebyggelsesstrategierne. Behandling, forebyggelse og sundhedsfremme er indbyrdes forbundne, men bygger på forskellige former for viden, som udmønter sig i forskellige måder at bekymre sig om befolkningens sundhedstilstand på. Der opstår en tvetydig opfattelse af sundhedsfremme i kraft af dens indførelse, som kritik af de tidligere forebyg-



gelsesstrategier. Kristensen (2004) lægger op til sondring af de tvetydige opfattelser af sundhedsfremme: et patogenetisk orienteret og et salutogenetisk orienteret. Denne sondring er stærkt inspireret af den salutogenetiske tankegang beskrevet af Antonovsky (1996) samt i de begrænsninger / barrierer der er i en patogenetisk tilgang. I store dele af sundhedsvæsenet inkl. Sundhedsstyrelsens hjemmeside (Sundhedsstyrelsen 2004) tænkes sundhedsfremme i et patogenetisk perspektiv, hvor man vil "forebygge gennem sundhedsfremme" båret af den statistiske evidens under henvisning til risici for sygdom og død. Blindheden over for de kvantitative aspekter, som kan mobilisere eksistentielle eller fysiologiske modstandsressourcer, reducerer mulighederne for at udvikle "sundheds- eller mestringskompetencer", der er et produkt af livserfaring og kvalitative eksistentielle lærerprocesser snarere end oplysning, information og belæring (Kristensen 2004).

Jeg mener der kan være grundlag for at tolke informanternes begrebslige opfattelser og "problemer" med at skelne mellem forebyggelse og sundhedsfremme som udtryk for den social- og sundhedsfaglige diskurs på området, som bl.a. Kristensen (2004) giver udtryk for. Meninger og opfattelser som afspejler sig i den daglige praksis og faglige terminologi kan have dannet grundlag for hvordan informanterne "i-tale-sætter" praksis (Otto 1998). Men samtidig udtrykker informanterne gennem værdier, holdninger og opfattelser, at de arbejder forebyggende og sundhedsfremmende i et både patogenetisk og salutogenetisk perspektiv. Informanternes opmærksomhed på helhedsperspektivet og begrundede nødvendighed af tværfaglig indsats tydeliggør nødvendigheden af en indsats med et forebyggende (patogenetisk) og et sundhedsfremmende (salutogenetisk) perspektiv. Forebyggelse og sundhedsfremme er multidisciplinært. Det trækker på viden fra forskellige videnskabelige traditioner og forskellige vidensformer, og indgår samtidig i en diskurs om hvad der bestemmer sundhed og sundhedsviden (Kristensen 2004). Dette kan medvirke til forskelle i eller manglende evne til blandt de professionelle at ekspliciterer forebyggelse og i særdeleshed sundhedsfremme. Disse forklaringsmekanismer sammen med de føromtalte værdimæssige barrierer (Irvine et al. 2003) kan have haft betydning for, i hvilken grad professionelle oplever problemer med at opnå fælles holdning og mål.

Det var karakteristisk for denne del af interviewene, at når fokus nærmede sig andre områder gennem spørgsmål og spontane indfald var det ikke oplagt for informanterne at trække det forebyggende og sundhedsfremmende perspektiv ind, medmindre der blev stillet specifikke spørgsmål hertil. Med andre ord er udtalelser som vedrørte forebyggelse og sundhedsfremme sjældnere integreret i samtalen med andre perspektiver (fx kundskaber og kompetencer, personlige og faglige fundament). Det kan være begrundet i manglende evne til at få området uddybet tilstrækkeligt. Men det kan også være udtryk for, at de professionelle er usikre på, hvilke kundskaber og kompetencer der er forbundet med det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Det kan ligge som tavs kropsliggjorte kundskaber, som endnu ikke er sat i spil med de eksplicite kundskaber og kompetencer som relaterer sig til forebyggelse og sundhedsfremme. Her fremtræder de behandlende, lindrende, rehabiliterende opgaver med en større selvfølgelighed i informanternes eksempler. Der kan være anden sproglig og faglig erfaring med at ekspliciterer denne del af deres kundskaber og kompetencer.

Er der ikke en organisatorisk, ledelsesmæssig og ikke mindst tværprofessionel vilje til at sætte forebyggelse og sundhedsfremme på dagordenen, kan det reducere grundlaget for at udvikle disse kundskaber og kompetencer hertil. Identificering, vurdering og løsning af opgaver vil hermed mangle helhedsperspektivet og dermed blive et mindre kvalificeret tilbud til patienterne/familierne.

Antonovsky (1996) mente, at sundhedssektorens eksisterende biomedicinske paradigme, som fokuserer på diagnoser, livsstilsfaktorer og risikofaktorer medfører en kategorisering af mennesker ud fra "well / diseased" eller "health / illness". Dette er utilstrækkeligt i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, da det ikke omfatter alle mennesker. Skal WHO's intentioner om sundhedsfremme slå igennem, må forskning og praksis ifølge Antonovsky tage udgangspunkt i et andet paradigme. Ved at rette fokus mod sundhed og hvad der er befordrende for sundhed og menneskelige livsbetingelser, som støtter oplevelsen af sammenhæng med respekt for forskelligheder og de individuelle ressourcer, kan der skabes et bedre grundlag for forebyggelse og sundhedsfremme. Denne salutogenetiske tilgang ignorerer ikke nødvendigheden af diagnoser og udredning af årsags- og risikofaktorer. At arbejde sundhedsfremmende betyder, at man sensitivt og empatisk koncentrerer sig om mennesket i sin helhed i et ressourceorienteret og kompetencestøttende perspektiv. Et vigtigt spørgsmål for Antonovsky var i denne forbindelse: hvordan kan dette menneske blive hjulpet til at opnå en større grad af sundhed? Uanset om der er tale om den terminale patient eller den energifyldte voksne. Udgangspunktet for spørgsmålet er en opfattelse af, at alle mennesker på et givet tidspunkt befinder sig på et kontinuum mellem "healthy / dis-ease". Det salutogenetiske perspektiv, med hovedelementerne generelle modstandsressourcer og oplevelse af sammenhæng på baggrund af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, skaber en baggrund for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde på individ-, gruppe- og samfundsplan. De menneskelige forskelligheder og livsbetingelser ses i et mere dynamisk samfundsmæssigt perspektiv. Dette kunne danne baggrund for at sætte de eksplícite og "tavse" kundskaber i spil med henblik på at nærme sig den tredje videnstype "not yet embodied knowledge" (Scharmer 2001, Nonaka 2001).

Antonovsky (1996) opfordrer til at tage udgangspunkt i et andet paradigme, og rører dermed måske ved noget meget centralt for grundlaget for det tværfaglige samarbejde. En forudsætning for et vellykket tværfagligt samarbejde er ifølge de interviewede teammedlemmer samt den anvendte litteratur, at der er en fælles basis af værdier og mål. De interviewede professionelle repræsenterer forskellige professionskulturer med basis i forskellige paradigmer. Ikke mindst giver flere informanter indtryk af at der mellem de professionelle og deres respektive ledelse er paradigmatisk forskelle. Dette kan have betydning for hvilke arbejdsopgaver der forventes fokus på og hvilke udviklingsområder der skal prioriteres. Scharmer (2001) underbygger ligeledes i sine overvejelser over den tredje videnstype, at den kan udvikles som ny viden, - under forudsætning af at der sker en nedbrydning af de paradigmer, som i et tværprofessionelt samarbejde kan være barrierer for fælles udvikling.

## Diskussion af: Det nødvendige professionelle fundament

Kategorien repræsenterer opfattelser af vigtigheden af personlige og faglige kompetencer for det forebyggende og sundhedsfremmende tværfaglige samarbejde. De personlige kompetencer er i denne sammenhæng gennem analysen identificeret som kommunikative og samarbejds-mæssige kompetencer. Værdier som respekt, lydhørhed, åbenhed og fleksibilitet støttet af en selvstændighed og klar, men ikke dominerende selvbevidsthed om egne kompetencer, danner et vigtigt grundlag for det tværfaglige samarbejde i teamene. Molynex (2001) finder i en undersøgelse af et tværfagligt "health care team" i England tilsvarende fokus på de personlige kompetencer, som vigtige forudsætninger for et velfungerende team. Det var informanternes opfattelse, at interprofessionelle team havde brug for medlemmer, som var tilpasningsvillige og fleksible, åbne og villige til at dele med andre. Dette medvirkede i teamet til følelse af gensidig tillid og fortrolighed, som resulterede i faglig fleksibilitet i deres professionelle roller uden at føle sig fagligt truet.

Forskningsmæssigt og fagligt er der ingen enighed om hvad personlighed er, og det er ikke lykkedes at påvise sikre og enkle sammenhænge mellem personlighed og professionel dygtighed. Laursen (2003) konkluderer med reference til både sociologiske og psykologiske teoretikere, at der gennem de sidste 20-25 år generelt i arbejdslivet er blevet fokuseret mere på arbejdets følelsesmæssige og personlige aspekter. For social- og sundhedsprofessionernes vedkommende er det personlige aspekt imidlertid ikke noget nyt. Det er tværtimod et centralt aspekt af den professionelle kompetence, at man kan udføre sit arbejde med følelsesmæssige og personlige kvaliteter og etablere frugtbare relationer til klienterne. Og det er netop en kompetence og ikke bestemte personlighedsegenskaber eller følelsesmæssig intelligens. De personlige kompetencer er et integreret aspekt af den samlede professionelle kompetence, og udvikling af dem hænger tæt sammen med generel udvikling af professionelle kompetencer.

Det fremgår ligeledes af Willumsens undersøgelse (2003), at personlige komponenter i aktiviteter og interaktion i det tværfaglige samarbejde (interprofessional collaboration) har stor betydning. Det viser sig ved værdimæssige, kommunikative forhold og evne til stor grad af fleksibilitet i forsøg på at udvide grænser for samarbejds- og løsningsmuligheder. Denne fleksibilitet viser sig ifølge Willumsen ved åbenhed over for forskellige opfattelser af problemerne og villighed til at revurdere egne synspunkter i forhold til andre professionelles perspektiver.

Om disse personlige egenskaber og kompetencer er noget som udvikles i teamet, - som en nødvendighed i forhold de komplekse problemstillinger tværfaglige team står over for, kan ikke udledes i denne undersøgelse på tilsvarende vis som i Willumsens undersøgelse. Men noget kunne tyde på, at de tværfaglige udfordringer tiltrækker professionelle som har lyst til de personlige udfordringer som følger med. Eller som en informant udtrykker det "*...der er nogle som ikke kan være i det... man skal virkelig ville det (tværfaglige samarbejde)*". Det må således have betydning om det tværfaglige samarbejde eksisterer på baggrund af et organisatorisk og strukturelt "diktat" uden opfølgende lærings- og udviklingsrum for de professionelle. Eller modsat, at det tværfaglige samarbejde tager afsæt i professionelles faglige vurderinger om nødvendigheden af tværfag-

ligt samarbejde for at kunne løse de eksisterende opgaver. Og ikke mindst om de professionelle agerer i en organisation og struktur som er fleksibel og rummelig i forhold hertil. Flere informanter har givet udtryk for den positive udviklingsmæssige værdi opfølgende lærings og udviklingsrum havde i forbindelse med et organisatorisk "diktat" om tværfagligt samarbejde. Diktatet havde baggrund i lovmæssige krav til kommunerne om oprettelse af tværfaglige team til varetagelse af opgaver hos børn og unge med særlige behov (Sundhedsministeriet 1995). Dette underbygges af undersøgelsen af tværfaglige grupper i fem kommuner om børn og unge med særlige behov, hvor gennemførelse af videreuddannelse og enkelte steder supervision medvirkede til nedbrydning af fordomme og øgede respekten mellem de professionelle (Borup & Nielsen 2001).

Det faglige fundament blev af informanterne tillagt stor betydning, som grundlag for at et tværfagligt samarbejde kan fungere. En stærk faglig identitet, og de for faget nødvendige kompetencer hos den enkelte professionelle, opfattes at medvirke til at sikre bredde og dybde i vurdering i problemstillingerne, og er samtidig ifølge informanterne forudsætning for udvikling i teamet.

En stærk faglighed med respekt for andres faglighed udfordrer og udvikler de faglige grænser, hvilket af flere informanter opfattes som vigtigt for teamet. Det er vigtigt for teamene at deres kompetencer er tydelige. Udviskes grænserne er der ifølge enkelte teamdeltagere risiko for, at gruppedynamikken forsvinder og oplevelsen af at blive "fagligt klemt" udvikles, hvis de overlappende kompetencer er for store. Det er kombinationen af genstandsområde/virkefelt, metoder, sandhedskriterier, begreber og teknologi der danner grundlaget for kundskabsbasen inden for faget, og som dermed kan siges at definere faget (Lauvås 1998). Er man som professionel usikker på den kundskabsbase som ens fag bygger på, kan det som en informant udtrykte det, blive svært at indgå i et funktionelt tværfagligt samarbejde, for "*kan man kun lidt giver man ikke slip på det man kan*". Risikoen for at forsvarsmekanismer bliver dominerende og blokerende for faglige diskussioner ligger lige for.

Bevidstheden om egen faglighed og faglige grænser er væsentlige for at der kan "*komme mere tilstede*". Jeg opfatter, at det er i dette "spændingsfelt" de nye kompetencer og kundskaber spirer frem og de tværfaglige kompetencer bliver "synlige" og må i-talesættes gennem refleksion af teamsamarbejdet.

## **Diskussion af: De "tavse" kundskaber og kompetencer**

Det var centralt for næsten alle informanter, at de havde opfattelse af, at det tværfaglige samarbejde medvirker til udvikling af fælles kundskaber og kompetencer. Denne udvikling har ifølge informanterne medført oplevelse af større forståelse og helhedsperspektiv på patienternes, børnenes og familiernes situation og problemer. Flere af de professionelle oplever at have en sikkerhed og tryghed i tværfaglig gruppe, med mulighed for fælles vurdering og erfaringsudveksling. Dette har øget deres erfaringsgrundlag og deres oplevelse af at være mere kompetente i mødet med patienter og børn/familier, hvor mulighederne for at identificere problemer, ressourcer og handlingsberedskab øges. Enkelte informanter, som ikke delte denne oplevelse, men som savnede muligheden for

tværfagligt diskussionsforum, gav dog udtryk for det værdifulde i at føle sig tryk ved den støtte, der lå i at have et team i ryggen, med enkle kommunikationsveje og mulighed for at få hurtig professionel vurdering af en situation. Baggrunden for denne forskel kan hænge sammen med graden af formaliseret diskussions- og refleksionsrum i teamene. Det var også kendetegnende at informanter, som oplevede mindst tværfaglig diskussion og refleksion, gav udtryk for oplevelse af stor selvstændighed i deres virksomhed. Der var med andre ord teamdeltagere, som oplevede mono- og flerfaglighed frem for tværfaglighed, hvor der ikke principielt var konsensus om mål og værdier, og hvor der ikke var ekspliciteret genkendelse af udvikling af fælles kundskaber og kompetencer. Det var ikke ensbetydende med, at den enkelte ikke havde oplevelse af at udvikle kundskaber og kompetencer monofagligt.

Sandberg (1997) har forsket i teams inden for den offentlige sektor i en årrække og skriver med reference til Söderström (1990), at synergifænomenet består af en kompetence udover summen af de individuelle kompetencer. Söderström mener det er muligt at denne ”kollektiva mervärde” kan skabes af faktorer som kundskaber, organisation, kultur og tekniske støttesystemer. De alment menneskelige behov for socialt samvær, genkendelse, værdisætning og feedback på sine handlinger kan stort set blive opfyldt i et team. Et team kan således være den sociale enhed, hvor der er mulighed for megen interaktion mellem faggrupper og dermed forudsætning for synergieffekter og et effektivt teamarbejde. Men det bliver først muligt at gøre synergien tydelig og konkret, hvis synergifænomenet kobles til læring i organisationen. Med andre ord, at der skabes et lærings- og refleksionsrum i teamet støttet af organisationen. En speciel egenskab ved synergi er ifølge Sandberg (1997), at det skaber en overordnet forestillingsramme. En sådan overordnet fælles forestilling – reference for praksis – kan sammenlignes med de interviewedes oplevelser af større forståelse, helhedsperspektiv, fælles mål og værdikonsensus samt udvikling af metoder i deres praksis. Sættes dette ind i et læringsteoretisk perspektiv, som beskrevet af Wenger (2004), dannes der yderligere grundlag for at konkludere værdien af praksisfællesskaber på tværs af faggrupper og de videns- og udviklingsmæssige potentialer der ligger i praksisfællesskaberne fagligt som personligt. Komponenterne *mening, praksis, fællesskaber og identitet* bliver i Wengers model udtryk for et værdifuldt billede på praksisfællesskabets betydning for læring også i tværfaglige team.

Generelt set udtrykte medlemmerne fra forskellige team fra Sandbergs forskning (1997) ikke tanker omkring deres virksomhed, som tyder på at ”teamtanken” egentlig er realiseret. En væsentlig forhindring for udvikling af synergieffekt er ifølge Sandberg når teamet som helhed mangler et samarbejds-klima, hvor alle kan og virkelig vil og vover samarbejdet med alle for at nå virksomhedens mål. Bristede feedbacksystemer, inadækvat virksomhedsledelse, uklarheder hvad gælder indholdet i teamsamarbejdet, værdigrundlag, mål og uklart sammensatte team synes at udgøre nogle af de hindringer, som i stedet skaber en omvendt synergieffekt. Denne omvendte synergieffekt indebærer at arbejdet når en højere grad af målorientering, er mere effektiv, hvis hver person arbejder individuelt i stedet for at forsøge at indgå i et team. Mange team i den offentlige sektor synes af samme grund at befinde sig langt fra kraftfulde synergieffekter, som skulle kunne indebære en tydelig målorientering i virksomheden (Sandberg 1997). Ligeledes viste manglende synlighed, gennemslagskraft og kontinuitet på baggrund af uklarheder i

hvordan rammen for et tværfagligt samarbejde skulle udfyldes, at få betydning for samspillet mellem teamdeltager i en dansk kommune, som havde lagt rammerne for det tværfaglige samarbejde (Borup & Nielsen 2001). Der er ikke her tale om synergieffekt. Men det omtales som et problem, at det var forskelligt hvad de enkelte teamdeltager havde deltaget i af kurser i forhold til varetagelse af ny tværfaglig funktion. Dette gav uens baggrund, hvilket kunne tænkes at påvirke synergieffekten i et team.

Det var et gennemgående træk i dette studie, at der blandt informanterne var et udbredt ønske om at dele kundskaber og kompetencer, at inddrage forskellighederne, som den kraft der skulle sætte noget nyt i spil. Parallelt med Sandbergs undersøgelser (1997) viser interviewene i dette studie at det kræver mod, vilje og åbenhed og ikke mindst fleksibilitet at være i det tværfaglige samarbejde, men også at disse vigtige personlige kompetencer er forudsætninger for at noget nyt kan komme til stede. Basis for udviklingen af kundskaber i det tværfaglige samarbejde er ligeledes, at den enkelte professionelle har et sikkert og veludviklet monofagligt fundament, hvilket udtrykkes af flere informanter som forudsætning for at ”*mere kan komme tilstede*”. Det må indebære kendskab til fagets genstandsområde, centrale værdier, fænomener, begreber, teorier og metoder som danner basis for fagets virksomhed. Denne kundskabsbase er kontinuerlig under udvikling, og dette medfører krav og ønske om fortløbende monofaglig udvikling gennem kurser og refleksion. Hansen (1999) taler i den forbindelse ligeledes om hvorledes tværfaglighed er et samspil mellem medarbejdere med forskellig faglig baggrund og speciale, som en nødvendighed for helheden i det samlede problemfelt, men som også kræver en koordinerende indsats. Samarbejdet kan belastes af en kamp om domæner, frem for at styrkes gennem den fælles bestræbelse for at arbejde for helheden.

Nonaka et al. (2001) diskuterer hvorledes organisationer kan lede den dynamiske kundskabsudvikling, som er karakteriseret ved dynamisk interaktion mellem organisationens medlemmer og mellem organisationens medlemmer og omgivelserne. De foreslår en ny model for kundskabsudviklingsprocessen med henblik på at forstå den dynamiske kundskabsudviklings natur, og med henblik på at lede en sådan proces effektivt. Lederens rolle bliver i denne sammenhæng at facilitere kundskabsudviklingsprocessen, ved at udvikle og have forståelse for organisationens kundskabsaktiver og kundskabsmæssige visioner, og samtidig at facilitere og anvende ”*konteksten for kundskabsudvikling*” effektivt og lede ”*kundskabs-spiralen*”. Denne er kendetegnet ved *socialisering, videregivelse, kombinerings og internalisering*. Specielt vigtig rolle får mellemledere som kundskabsproducenter, da de befinder sig i centrum for den dynamiske kundskabsudviklingsproces i kraft af deres aktive deltagelse og ledelse af processen. Interaktion bliver nøglebegrebet i ”*konteksten for kundskabsudvikling*” i lyset af den opfattelse, at kundskabsudvikling er en menneskelig dynamisk proces som overskrider eksisterende grænser. Begrebet ”*kontekst for kundskabsudvikling*” har mange ligheder til begrebet ”*praksisfællesskaber*” (Wenger 2004), men adskiller sig ved at ”*praksisfællesskaber*” er et sted, hvor medlemmer lærer kundskaber som er indlejret i fællesskabet, hvorimod ”*kontekst for kundskabsudvikling*” er stedet hvor nye kundskaber udvikles.

Ovenstående kilde nuancerer yderligere forsøget på at forstå kundskabs- og kompetenceudviklingen i tværfagligt samarbejde og de muligheder der ligger i det. Det var et gennemgående træk, at de teamdeltagere, som oplevede tværfaglig formaliseret dialog,

diskussion og refleksion og som havde praksisoplevelser fælles, havde færre problemer med at sætte ord på indholdet i den tværfaglige kundskabs- og kompetenceudvikling.

Nuancerede vurderinger, anvendelse af fælles terminologi og metoder, fleksible løsningsmuligheder og sammenhængende støtte og hjælp kan medvirke til kvalificering og effektivisering af det social- og sundhedsfaglige tværfaglige samarbejde. Det gælder i særdeleshed for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Men som Sandberg (1997) og ikke mindst Nonaka et al. (2001) pointerer er det under forudsætning af, at der er organisatorisk og ledelsesmæssig vilje til at skabe tid og rum til udvikling af fælles mål og værdigrundlag. Men ikke mindst forudsætter det at teamdeltagerne fagligt som personligt er indstillet på andre krav til deres professionelle virksomhed.

## KONKLUSION

Undersøgelsen viser, at der i de tværfaglige team er tale om en forebyggende og sundhedsfremmende diskurs, hvor opfattelser og erfaringer med det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde bliver udtrykt både gennem patogenetiske og salutogenetiske aspekter. Det viser sig ved konkrete eksempler fra praksis, som har karakter af primære, sekundære og tertiære forebyggende hensigter. Men også gennem værdimæssige og ideologiske opfattelser af, hvad der er vigtigt i samspillet mellem de professionelle og patienterne/familierne med fokus på trivsel, livskvalitet, mestringsevne og ressourceorientering i de sundhedsfremmende hensigter og aktiviteter. Det var et gennemgående træk, at det var svært at inddrage de forebyggende og sundhedsfremmende elementer i diskussion om udvikling af kundskaber og kompetencer i tværfagligt regi. Det var dog en gennemgående opfattelse, at det tværfaglige samarbejde gav mulighed for mere nuancerede perspektiver på ofte komplekse situationer. Nærhed og kendskab til teamets faglige og personlige ressourcer medvirkede ligeledes til oplevelser af fagligt nuanceret og gennemtænkt forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, når der var tale om funktionelt tværfagligt samarbejde. Denne forebyggende og sundhedsfremmende diskurs kan med tiden medvirke til en større begrebslig og praktisk bevidsthed om det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

Problemerne med at eksplicite ovenstående kan i et kundskabsudviklingsperspektiv være udtryk for, at der ikke fx gennem refleksioner og diskussioner af fælles praksis har været rettet specifikt fokus på forebyggelse og sundhedsfremme. Den "tavse kundskab" har ikke været i spil med den eksplicite kundskab, som eksisterer i den social- og sundhedsfaglige kontekst i og uden for teamet og organisationen. Det var med andre ord mere uvant for mange teamdeltagere, at tale om og foretage den abstrakte skelnen mellem forebyggelse og sundhedsfremme, hvilket er vigtigt i forhold til valg af aktiviteter men ikke mindst med henblik på at skabe sammenhæng i kontakt og ydelser til borgeren. Det kan medvirke til kvalitetsforbedrende aktiviteter og herigennem medvirke til at øge folkesundheden i et større perspektiv. Da undersøgelsen ikke har haft fokus på udvikling af kundskaber og kompetencer i forhold til behandlende, rehabiliterende og lindrende aktiviteter, er det ikke muligt at drage sammenligninger med dette. Men det var lettere for flere informanter, at relatere til kundskaber og kompetencer, som relaterede sig til denne type af aktiviteter.

Informanternes forskelligheder i oplevelser af og bevidsthed om, at der udvikles kundskaber og kompetencer i det tværfaglige teamsamarbejde, underbygger lærings- og kundskabsteoriene anvendt i studiet. Praksisfællesskaber giver i større udstrækning oplevelsen af at udvikle noget sammen og lære af hinanden frem for tværfaglige team, hvor der er en stor grad af selvstændighed og mangelfuldt formaliseret fællesskab. Der er tale om kundskaber, som relaterer sig til de samarbejds-mæssige forudsætninger, såsom gensidigt fagligt kendskab til terminologi og arbejds-metoder. Men også en mere nuanceret indsigt i problemfyldte opgaver, som teamet skal tage sig af. Bevidstheden om og ønsker om udvikling af kompetencerne var karakteriseret ved relationen til patienterne/familierne. Der var tale om holdnings- og attitudemæssige forhold, forventninger om i fællesskab at udvikle større helhedsforståelse af patienternes/ familiernes situation. På det individuelle professionelle niveau havde fællesskabet medvirket til udvikling af større mod, mindre usikkerhed, og bedre mestringsevne af svære situationer.

Det nødvendige professionelle fundament for det funktionelle tværfaglige samarbejde blev karakteriseret ved fordring af et personligt fundament af kompetencer, som både kan rumme gensidigheden af afhængighed/uafhængighed i de relationelle situationer. Værdier som respekt, tillid, ærlighed og åbenhed har væsentlig betydning for samarbejdet og for at der kan ske udvikling. De personlige kompetencer opfattes ligeledes at have betydning for, at de kommunikative processer forløber uden misbrug af faglig dominans og magt. Det er en gennemgående erfaring i forhold til det faglige aspekt, at det monofaglige fundament har afgørende betydning for det tværfaglige samarbejdes kvalitet og udvikling. Er det monofaglige fundament usikkert ”kommer der ikke mere tilside”.

Studiets hovedfund viste, at den sociokulturelle organisation og kultur i og omkring teamene blev tillagt stor betydning i forhold til teamenes funktion og udvikling. Der var fokus på interprofessionelle relationer, præget af evne til at rumme forskelligheder i fag- og samarbejds-kultur, magtforhold og udfordrende samarbejdsprocesser. Men i lige så høj grad var der fokus på de organisatoriske, strukturelle og ledelsesmæssige forhold, som væsentlige aktører i teamenes funktion og udvikling af kundskaber og kompetencer. Specielt var formaliseret og ledelsesmæssigt støttet læringsrum og refleksionsmulighed over fælles praksis efterspurgt, men også erfaret betydningsfuldt for, at noget nyt og fælles kunne udvikle sig. Dette bekræfter yderligere de anvendte kundskabsudviklings- og læringsteorier, som vægtlægger praksisfællesskabernes potentiale for udvikling af den ”tavse” kundskab. Men også muligheden for at sætte den ”tavse” kundskab i spil med den eksplicite kundskab. Motivationen og forudsætningen for dette må være at mødet mellem patienterne/borgerne og de professionelle får karakter af et ”praksisfællesskab” hvor patienterne/borgerne bliver vigtige aktører og primærkilde for de professionelles vidensudvikling med henblik på ”to sense and actualize what wants to emerge” i samspil med den eksplicite og tavse viden. Dette gælder i særlig grad udvikling af kundskaber og kompetencer, som forudsætning for, men også grundlag for udvikling af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde til gavn for patienterne/borgerne. Det er i det tætte samarbejde med patienterne/borgerne at behovet for støtte, hjælp og omsorg kan bliver udtrykt i forbindelse med sundhed og sygdom, og hvor fælles forståelse



kan udvikles i relationen mellem patienter/borger og professionelle og internt blandt de professionelle.

Resultaterne giver grundlag for at konkludere, at det kan lade sig gøre for professionelle at påvirke både strukturer og organisation, og overskride de magtmæssige, professionsbaserede barrierer i de tætte samarbejdsrelationer, som danner grundlag for udvikling af tværfaglige kundskaber og kompetencer. Det opfattes af informanter at en positiv tilgang til magtforhold og vilje til at diskutere magtforhold kan løse op for magtmæssige barrierer. Ligeledes giver undersøgelsen grund til at antage, at mulighederne for at skabe og udvikle en funktionel tværfaglig kultur må bygge på accept og respekt for forskelligheder og mod og nysgerrighed i forhold til andre professionskulturers styrker og svagheder i forhold til de fællesopgaver der skal løses. Hermed kan der antageligt skabes mulighed for, at konflikter og magtforhold sættes i et andet og mere udfordrende og udviklende perspektiv og ikke mindst bliver synlige på dagsordenen, som en del af en aktiv udviklende proces.

I lyset af dette studies fokus og i lyset af resultaterne, som viser det svære i at i-talesætte den "tavse viden", bliver interaktionen, diskussionen, refleksionen og fælles kursusvirksomhed i tværfagligt regi det, der ville kunne igangsætte en kundskabs- og kompetenceudviklingsproces. I betragtning af, at der er tale om postgraduate faggrupper og tværfaglige udviklingsaktiviteter, kan den tværfaglige dialog også være et vigtigt barometer for de enkelte teamdeltageres egen monofaglige kundskabsbase. Det kan medvirke til at bevidstgøre behovet for monofaglig udvikling i forhold til de opgaver kontakten til patienter, familier nødvendiggør. Der er med andre ord tale om et både og, men med afsæt i intentioner om den tværfaglige kundskabs- og kompetenceudvikling.

Dette studies validitet ville kunne øges ved yderligere og mere dybdegående interview med team, som har praksisfællesskab. Det ville kunne danne baggrund for at sammenligne teamene systematisk med hensyn til de forebyggende og sundhedsfremmende opgaver, de organisatoriske og ledelsesmæssige rammer samt de fagkulturelle faktoreres indflydelse på udvikling af kundskaber og kompetencer. Andre interview- og observationstudier, men også andre analysemetoder kan overvejes for at få et så nuanceret billede som muligt af udvikling af kundskaber og kompetencer. Motivationen for dette må søges i borgernes behov for at få den nødvendige støtte og hjælp til at forebygge og men også håndtere, begribe og skabe meningsfuld sammenhæng i belastende og sygdomstruende livssituationer.

### **Temaguide til fokusgruppeinterview**

Der er valgt en model for interviewet, hvor der indledningsvis stilles meget brede og åbne spørgsmål og senere vil spørgsmålene blive mere specifikke og strukturerede afhængigt af om deltagernes diskussionsemner indeholder de overordnede fokusområder der ønskes belyst. En såkaldt tragtmodel (Halkier 2002).

#### **Forebyggelse og sundhedsfremme**

- Opfattelser og erfaringer med forebyggelse og sundhedsfremme.
- Forskelle mellem den enkelte professionelles og teamets fokus.
- Aktiviteter med fokus på pt./børnene/familiernes livskvalitet – ressourcer.
- Skelnen mellem forebyggelse og sundhedsfremme.
- Det tværfaglige samarbejdes betydning for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

#### **Fælles reference, fælles mål og værdier**

- Konsensus i teamet med hensyn til mål og indsats. Hvorfor, hvordan, hvornår.
- Gevinster ved at have forskelligt syn på patienten/borgeren/familien/børnene. Positive/negative erfaringer.
- Hvad er det teamet kan, som den enkelte ikke kan?

#### **Faglige og personlige kompetencer.**

- Er specielle personlige kompetencer nødvendige i teamsamarbejdet?
- På hvilke områder opleves udvikling i forbindelse med samarbejdet i teamet?
- Begrænsninger for udfoldelse af faglige og personlige kompetencer.
- Kan man udvikle de personlige kompetencer i teamet – erfaringer?
- Opleves gevinster/styrkelse fagligt og personligt ved at arbejde tværfagligt?

#### **Organisatoriske forholds betydning for teamets funktion og udvikling.**

- Erfaring for hvad organisationen kan bidrage med som har betydning for den enkelte og for teamet udvikling.
- Den enkelte og teamets påvirkning af organisationen.

### **Kulturelle og magtmæssige forhold.**

- Fagkulturelt betingede forskelle blandt teamdeltagerne.
- Hvilken betydning har det for teamets arbejde at forskelle i værdier og synspunkter/forståelser eksister?
- Oplevelser og erfaringer med magtforhold positivt/negativt som har betydning for teamets arbejde og den enkeltes indsats.
- Hvilken betydning tillægges tillid, respekt og loyalitet i denne sammenhæng.

### **Etiske problemer og dilemmaer opstået i tværfaglig sammenhæng.**

- Hvilke erfaringer har I med etiske problemstillinger i det tværfaglige team.
- Værdikonflikter.
- Etiske dilemmaer

### **Udvikling i det tværfaglige samarbejde:**

- Opleves udvikling i teamet – at kunne noget andet, mere i dag end tidligere
- Hvad er teamet blevet gode til?
- Hvad kan man lære af hinanden?
- Hvilke rammer kræver dette?
- Synergieffekt – opleves dette?

## REFERENCER

- Antonovsky A. (1993) Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine*, **37**, 969 – 974.
- Antonovsky A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, **11**, 11-18.
- Antonovsky A. (2000) *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Bateman H. et al. (2003) Of rocks and safe channels: learning to navigate as an interprofessional team. *Journal of Interprofessional Care* **17**, 141-150.
- Beaglehole R. & Bonita R. (1997) *Public Health at the crossroads*. University Press, Cambridge.
- Bengel J. et al. (1999) *What Keeps People Healthy? The Current State of Diskussion and the Relevance of Antonovsky's Salutogenetic Model of Health*. Federal Center for Health Education, Köln, Germany.
- Benner P. (1995) *Fra novice til ekspert. Mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepsis*. Munksgaard, København.
- Bertilson M. (1998) Socialkonstruktivisme: Et erkendelsessociologisk perspektiv. I *Socialkonstruktivisme. Bidrag til en kritisk diskussion*. Järvinen M. & Bertilsson M. (red.). Hans Reitzels Forlag, København.
- Bojlén S. (1995) Det fokuserede gruppeinterview. I *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder*. Lunde I. og Ramhöj P. (red.) Akademisk forlag, København, ss. 169-181.
- Borup I. & Nielsen A. (2001) *Tværfaglige grupper i kommunerne om børn og unge med særlige behov – erfaringer fra fem kommuner*. Statens Institut for Folkesundhed, København.
- Bottrup P. (2001) *Læringsrum i arbejdslivet. Et kritisk blik på den lærende organisation*. Forlaget Sociologi, Frederiksberg.
- Callewaert S. (2003) Profession og personlighed – to sider af sammen sag? I *Person og profession – en udfordring for socialrådgivere, sygeplejersker, lærer og pædagoger*. Weicher I. & Laursen P.F. (red.) Billesø & Baltzer, Værløse, ss. 259-277.
- Dellve L., Abrahamsson K.H., Trulsson U., & Hallberg L.R-M. (2002) *Grounded theory in public health research*. In: *Qualitative Methods in Public Health Research*. Hallberg L. R-M (ed.) Studentlitteratur, Lund, ss. 137-169.

Farrell M.P., Schmidt M. H. & Heinemann G.D. (2001) Informal roles and the stage of interdisciplinary team development. *Journal of Interprofessional Care* **15**, 281-295.

Glaser B. & Strauss A. (1967) *Discovery of grounded theory*. Aldine, Chicago.

Gleerup J. (2003) Forskningstilknøytning og professionsudvikling. I *Pædagogisk forskning og udvikling*. Gleerup J. & Wiedemann F. (red). Syddansk Universitetsforlag, Odense, pp.15-39.

Halkier B. (2002) *Fokusgrupper*. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Hansen C.Y. (1999) *Nu trækker vi på samme hammel*. Socialministeriet. København.

Hansen C.Y. (2001) Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde – set fra en forskningsmæssig synsvinkel. I *Antologi om Tværfagligt samarbejde*. Nielsen J.B., & Knudsen M. (red). Udviklings- og Formidlingscenteret Børn Familier, Aabenrå, ss. 35-46.

Hjort P. (2002) Tverrfaglighed mellem vitenskap, ideologi og kultur. Ikke publiceret konferenceoplæg. Landsforeningen for lunge-og hjerteskye. Norge.

Holm S. & Schmidt L. (1995) Analyse baseret på "Grounded Theory" I *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder*. Lunde I. & Ramhøj P. (red.) Akademisk forlag, København, ss. 222-235.

Hudson B. (2002) Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership? *Journal of Interprofessional Care* **16**, 7-17.

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

Illeris K. (2001) *Læring – aktuel læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002). "*Sund hele livet*" - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002 - 10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Irvine R., Kerridge I., McPhee J., & Freeman S. (2002) Interprofessionalism and ethics: consensus or clash of cultures? *Journal of Interprofessional Care* **16**, 199-210.

Jensen T. K. & Johnsen T. J. (2000). *Sundhedsfremme i teori og praksis*. 2. udgave. Philosophia, Århus.

Jensen U. J. (1995) Humanistisk sundhedsforskning – videnskabsteoretiske perspektiver. I *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder*. Lunde I., Ramhøj P. (red.) Akademisk forlag, København, ss. 41-69.

- Kamper - Jørgensen F. (2003) Det forebyggende sundhedsarbejde. Forebyggelsesbegreber og forebyggelsesprogrammer. I *Forebyggende sundhedsarbejde*. Kamper - Jørgensen F. & Almind G. (red.) 4.udgave. Munksgaard, København.
- Kristiansen S. & Krogstrup H.K. (2002) *Deltagende observation. Introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Kristensen J. E. (2004) Forebyggelse og sundhedsfremme i videnssamfundet. I *Viden og evidens i forebyggelsen*. Sundhedsstyrelsen, København. <http://www.sst.dk>
- Kvale S. (2001) *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Lund M.A. (1997) *Konsulentarbejde og supervision i skole-social og sundhedssektoren 2. udgave*. Det Schønberske Forlag, København.
- Lauvås K & Lauvås P. (1998) *Tværfagligt samarbejde*. Klim, Århus.
- Lave J. & Wenger E. (2003) *Situeret læring og andre tekster*. Hans Reitzel Forlag, København.
- Lauersen P.F. (2003) Personlighed på dagsordenen. I *Person og profession – en udfordring for soacialrådgivere, sygeplejersker, lærer og pædagoger*. Weiceher I. & Laursen P.F. (red.) Billesø & Baltzer, Værløse, ss.13-37.
- Malterud K. (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* **11**, 483-488.
- Medin J. & Alexanderson K. (2000) *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Studentlitteratur, Lund.
- Mezirow J. (1990) How Critical Reflection Triggers Transformative Learning. In *Fostering Critical Reflection in Adulthoods – a Guide to Transformative and Emancipatory Learning*. Mezirow J.(ed.), Jossey Bass Publishers, Oxford, pp. 1-20.
- Mezirow J. (1998) On Critical Reflection. *Adult Education Quarterly* **3**, 185-198.
- Molyneux J. (2001) Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care* **1**, 29-35.
- Nielsen J.B. (2001) Tværfagligt samarbejde – fra model til erkendelse. I *Antologi om Tværfagligt samarbejde*. Nielsen J.B., & Knudsen M. (red). Udviklings- og Formidlingscenteret Børn Familier, Aabenrå, ss.7-16.
- Nonaka I., Toyama R. & Konno N. (2001) SECI, Ba and Leadership: a Unified Model of Dynamic Knowledge Creation. In *Managing industrial knowledge. Creation, transfer and utilization*. Nonaka, I. & Teece, D.J. (ed.), SAGE Publications, London, pp. 13-43.

Otto L. (1998) *Rask eller lykkelig. Sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede*. Komiteen for sundhedsoplysning, København.

Robson C. (2002) *Real World Research*. 2. edition Blackwell Publishers, Oxford.

Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., McQueen D.V., Potvin L., Springett J., Ziglio E. *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Regional Publication, European Series, No 92. World Health Organisation, Copenhagen.

Sandberg H. (1997) *Team i udvikling. Kvalitetsarbejde inom offentlig verksamhet*. Studentlitteratur, Lund.

Scharmer C.L. (2001) Self-transcending knowledge: Organizing around emergin realities. In *Managing industrial knowledge. Creation, transfer and utilization*. Nonaka, I. & Teece, D.J. (ed.) SAGE Publications, London pp. 68-90.

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

Schmitt M.H. (2001) Collaboration improves the quality of care: metodological challange and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care* **15**, 47-66.

Schön D.A. (2001) *Den reflekterende praktiker - Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Klim, Århus.

Sehested K. (1996) *Professioner og offentlige strukturændringer*. AKF Forlaget, København.

Sundhedsministeriet (1995) *Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge*. Sundhedsministeriet, Lov nr 438 af 14 juni . Sundhedsministeriet, København.

Sundhedsstyrelsen (2004). [www.sundhedsstyrelsen.dk](http://www.sundhedsstyrelsen.dk)

Undervisningsministeriet (2001) *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor*. Undervisningsministeriets bekendtgørelse nr 113 af 19. februar 2001. Undervisningsministeriet, København.

Undervisningsministeriet (2001) *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen*. Undervisningsministeriets bekendtgørelse nr 232 af 30. marts 2001. Undervisningsministeriet, København.

Undervisningsministeriet (2001) *Bekendtgørelse om radiografuddannelsen*. Undervisningsministeriets bekendtgørelse nr 233 af 30. marts 2001. Undervisningsministeriet, København.

Undervisningsministeriet (2001) *Bekendtgørelse om jordemoderuddannelsen*. Undervisningsministeriets bekendtgørelse nr 234 af 30. marts 2001. Undervisningsministeriet, København.

Undervisningsministeriet (2001) *Bekendtgørelse om fysioterapeutuddannelsen*. Undervisningsministeriets bekendtgørelse nr 236 af 30. marts 2001. Undervisningsministeriet, København.

Undervisningsministeriet (2001) *Bekendtgørelse om ergoterapeutuddannelsen*. Undervisningsministeriets bekendtgørelse nr 237 af 30. marts 2001. Undervisningsministeriet, København.

Wackerhausen S. (1991) Teknologi, kompetence og vidensformer. *Philosophia* **3-4**, 81-117.

Wackerhausen S. (1999) Det skolastiske paradigme og mesterlære. I *Mesterlære*. Nielsen K. & Kvale S (red), Reitzel, København.

Wahlgren B., Høyrup S., Pedersen K. & Rattleff P. (2002) *Refleksion og læring – Kompetenceudvikling i arbejdslivet*, Samfundslitteratur, Frederiksberg.

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

Willumsen E. & Hallberg L. (2003) Interprofessional collaboration with young people in residential care: some professional perspectives. *Journal of Interprofessional Care* **17**, 389-400.

WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion 1986*. World Health Organisation 2004, [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2).

Øvretveit J. (1993) *Coordinating Community Care. Multidisciplinary teams and care management*. Open University Press, Buckingham.



