

Ansatte perspektiver på utvikling av tverrfaglighet i ny sykehusavdeling

Hildfrid V. Brataas¹⁾ og Nancy Haugan²⁾

Hildfrid V. Brataas, PhD, Forsker, Førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Avdeling helsefag, E-post: hildfrid.brataas@hint.no
Nancy Haugan, Ergoterapeut, Prosjektleder, HF, Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Levanger, NHAUGAN@helse-nordtrondelag.no

Sammendrag

Artikkelen omhandler en følgestudie om ansattes perspektiver på teamorganisert og brukerinvolvert tverrfaglig samarbeid i en ny rehabiliteringsavdeling i et norsk sykehus. Studiens formål var å bringe frem mer kunnskap om forhold av betydning ved utvikling av tverrfaglige arbeidsformer i sammensatte helsetjenester.

Metode: Undersøkelsen var kvalitativt beskrivende og fortolkende med bruk av fokusgruppeintervjuer tre og fem år etter oppstart av rehabiliteringsavdelingen.

Resultater: Over en femårsperiode var praksis erfart å endre karakter, fra flerfaglig samarbeid til funksjonelt tverrfaglig samarbeid. Profesjonsoverbyggende teori om rehabiliteringsvirksomheten og ledelsens kvalitetsorientering var erfart som hjelp for teamenes utvikling av funksjonell tverrfaglighet.

Konklusjon: Langsiktighet, kvalitetsorientert ledelse og teamorganisert rehabiliteringsarbeid basert på profesjonsoverbyggende teoriramme synes å underbygge utvikling av funksjonell tverrfaglighetsforståelse og praksis. Denne kunnskapen er relevant ved omlegging til teamorganisert rehabiliteringsvirksomhet i eksisterende og nye virksomheter. Det er behov for mer forskning om betydning av personfaktorer og motivasjon, ledelse og overbyggende teorirammeverk for samarbeidsutvikling og kvalitet i praksis.

*** Referee**

Nøkkelord

Tverrfaglighet, funksjonell tverrfaglighet, samarbeidsutvikling, rehabilitering

Innledning

Tverrfaglig samarbeid for å yte pasient-sentrert hjelp er et kritisk element i profesjonell praksis i helse- og sosial-tjenester (Suter et al. 2009, Lewis 2006, Schoot et al. 2005a, b, Miller og Freeman 2003). Artikkelen omhandler tverrfaglighet innen rehabiliteringsfeltet, hvor tverrfaglig samarbeid kan være vesentlig i møte med komplekse utfordringer. Ved årsskiftet 2002/2003 ble en ny rehabiliteringsavdeling åpnet ved et sykehus i Norge. Målgruppe var pasienter i somatiske avdelinger som hadde rehabiliteringsbehov og fortsatt behov for medisinsk behandling på sykehusnivå. Formålet var å innlede rehabilitering samtidig med fullføring av medisinsk behandling på sykehusnivå. Før avdelingen åpnet var det besluttet å legge en bio-psyko-sosial modell for helse og funksjon til grunn for virksomheten, hvor kropp, sinn og omgivelser ses som gjensidig interagerende. Ut fra denne forståelsen er et klassifikasjons-system for å måle helseutfall (ICF) utviklet i regi av World Health Organization (WHO 2001, Sosial- og helsedirektoratet 2003: www.kith.no/icf). Systemet utprøves og anvendes spesielt innen rehabiliteringsarbeid (Pran 2007, Dahl 2002). Avdelingen valgte å benytte ICF som teoretisk modell, og ikke som klassifikasjonsverktøy. Medisinsk tilstand men også personlige faktorer og omgivelsesfaktorer kan påvirke funksjons-nivået kroppslig, på aktivitetsnivå og på sosialt nivå. Altså betraktes rehabilitering som sammensatt og med behov for tverrfaglig samarbeid og god koordinering av tjenester (Varderbeg og Einarsen 2004, Conradi og Rand-Hendriksen 2004), noe som legitimerer en arbeidsform med brukerintegret samarbeid i tverrfaglige team (Lauvås og Lauvås 2004). Avdelingen ble organisert med avdelingsleder og to tverrfaglige arbeidslag sammensatt av leger, sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, vernepleiere og sosionom. Innen hvert arbeidslag settes det for hver pasient sammen tverrfaglige team ut fra hva pasienten har behov for. Hvert team har en teamleder. Alle yrkesgrupper kan fungere

som teamledere. Artikkelen omhandler ansattes erfaringer ved utvikling av funksjonelt tverrfaglig samarbeid i den nyetablerte avdelingen.

Sykehus har tradisjonelt funksjonell differensiering og flerfaglig samarbeid på tvers av yrkesinndelt organisering (crossdisciplinary). Hver yrkesgruppe ivaretar ”yrkestypiske” oppgaver. I kraft av yrkesgruppens kunnskap skal ansatte være i stand til å håndtere de for yrkesgruppen relevante problemer som angår ”kritiske terskler og trusler i den menneskelige livsføring” (Eriksen og Molander 2008: 161). Medisinens kunnskapsbase har tradisjonelt høy posisjon. En samarbeids-utfordring er at sterke posisjoner kan vektlegge ”sine” teorier og benytte fagterminologi som har fremmedgjørende effekt på så vel pasienter som personell med annen yrkesbakgrunn (Jarmolowich et al. 2008, Hargie og Dickson 2004).

Til forskjell fra flerfaglig samarbeid forstås tverrfaglig samarbeid som teamarbeid hvor ulike profesjoner samarbeider mot felles måloppnåelse (Lauvås og Lauvås 2004, Kaasa 2004). Lauvås og Lauvås (2004) beskriver grader av samarbeid fra flerfaglig til funksjonell tverrfaglighet i team. I flerfaglige team (multidisciplinary teams) bidrar ulike yrkesgrupper med fagspesifikke bidrag, men uten å bidra interaktivt i problemidentifisering, målsetting og samordning av aktiviteter. Flere yrkes-grupper organiseres i team, men yrkes-gruppene samarbeider lite interaktivt på tvers av profesjoner. Tverrfaglige team (interdisciplinary teams) oppnår derimot teamets felles mål gjennom interaktiv innsats av alle involverte, samtidig som hver yrkesgruppe bidrar med sin spesial-kompetanse. Tverrfaglighet kan også innebære yrkesoverskridende (transdisciplinary) samarbeid, hvor roller og ansvar innen teamet deles uten hensyn til profesjonell tilhørighet. Organisasjonen gir føringer for at de enkelte yrkesgruppene ikke kan holde fast på yrkesgruppens tradisjonelle

oppgaver (Svensson 2008) og yrkesgruppenes spesialkompetanse må gjøres tilgjengelig for andre medlemmer i teamet (Lauvås og Lauvås 2004). Her kan en utfordring være ”utvanning” av yrkesgruppenes spesielle kompetanse (deprofesjonalisering), noe som kan undergrave intensjoner om samarbeid mellom personer med ulik yrkesspesifikk spesialkompetanse. Tverrfaglighet må nettopp bygge på respekt for det fagspesifikke, gjensidig verdsetting og erkjennelse av eget og felles ansvar for å nå mål, hevder Fewster-Thuente og Velsor-Friedrich (2008). Funksjonell tverrfaglighet kan derved innebære både samarbeidskompetanse og yrkesspesifikke kompetanse. Tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringsavdelingen vil til en hver tid befinne seg et eller annet sted mellom flerfaglig og funksjonell tverrfaglighet. Hva er karakteristiske kjennetegn ved praksis og den enkelte ansatte sin forståelse av yrkesmessige og tverrfaglige innsatser for å nå pasientenes rehabiliteringsmål? Enkeltindividenes oppfatninger om tverrfaglig samarbeid er vesentlig for suksess eller ikke med slikt samarbeid (Miller og Freeman 2003, Leathard 2003). Profesjons-overskridende forståelse og støtte kan gi positive erfaringer og være et vesentlig element i godt fungerende tverrfaglig samarbeid (Leathard 2003). Dessuten kan felles forståelse av avdelingens verdibaserte målsetting for rehabiliteringsvirksomheten føre til at ansatte endrer yrkesidentitetsbeskrivelser fra oppgavebeskrivelser til samarbeidsbeskrivelser, noe Mills og Spencer (2005) har funnet ved overgang til teamorganisering i intensivavdelinger. Prinsipper ledelsen legger til grunn for det teamorganiserte arbeidet kan virke positivt eller negativt på tverrfaglig samarbeid, avhengig av om ledelsen vektlegger en kvalitetspolitikk eller en produksjonspolitikk (Miller og Freeman 2003). Bevegelser i arbeidslivet i retning mer gruppe/teambasert arbeid innebærer høyning av kollektivitet og fleksibilitet. Produksjonsorienterte trender vektlegger derimot resultat- og markeds-

orientert arbeid (Engeström 2000). Hvordan erfarer ansatte i rehabiliterings-avdelingen ledelsens orientering og dens innvirkning på utviklingen av tverrfaglighetsforståelse og funksjonell tverrfaglighet?

En side ved arbeidet i den nye rehabiliteringsavdeling var behovet for å lære noe nytt sammen, nemlig teamarbeid og anvendelse av ICF som helsemodell. Før inntak av pasienter fikk alle ansatte 14 dagers kurs. Etter tre års drift fikk de ansatte tre dagers oppfølgingskurs samt veiledning i felles målorientert rehabiliteringsarbeid ved hjelp av ICF. Arbeidslivskultur kan oppstå gjennom stabens sosiale læreprosesser i avdelingens praksiskontekst (Jarvis 2000). Kunnskap som utvikles i en arbeidslivskultur er ikke bare personlig, men også felles delt eller intersubjektiv (Bruner 1997, Gulbrandsen 1996). Hvordan kommer fellesskapets kunnskap og tverrfaglighetsforståelse til uttrykk i løpet av avdelingens innkjøringsfase og etter at den er etablert? Hva bidrar til utvikling av tverrfaglig ekspertise? Nyutdannede trenger tid for å utvikle profesjonell ekspertise (Benner, Tanner og Chesla 1996). Gjennom erfaring med mange pasienter i lignende situasjoner utvikler den profesjonelle et ”klinisk grep”. Slik ekspertise forutsetter mye erfaringslæring og skjer følgelig over tid som kan strekke seg over flere år. Utvikling av tverrfaglighetsforståelse og tverrfaglig handlingskompetanse kan tilsvarende forventes å innebære ekspansiv læring gjennom faser over lengre tidsforløp (Engeström 2000). Hvordan lykkes med utvikling av teamenes ekspertise? Enighet om felles mål, aksept av hver deltaker i teamet og respekt for profesjonelle identiteter er viktige faktorer for å lykkes i utviklingen av team (Leathard 2003, Suter et al. 2009). En godt utviklet samarbeidsvisjon, felles omsorgsfilosofi, forventninger til at alle deltar, informasjons- og kunnskapsdeling, rolleforståelse og rolleflexibilitet er også av betydning for vellykket samarbeid. Leathard (2003) fremhever tilpasning til og deltakelse i forandring, administrasjon

sammen med andre, kommunikasjon og emosjonell intelligens som vesentlige kompetanser for teamsamarbeid.

Artikkelen baserer seg på en følgestudie ved innføringen av teamorganisert og brukerinvolvert samarbeid i tverrfaglige team i en ny rehabiliteringsavdeling i et sykehus. Hva kjennetegner det tverrfaglige arbeidet i den teamorganiserte rehabiliteringsvirksomheten? Hvordan erfarer ansatte i den nye avdelingen læring og utvikling av tverrfaglig teamarbeid, og hva oppleves å fremme eller hemme utvikling av tverrfaglig rehabiliteringspraksis? Målet var å bringe frem erfaringsbasert kunnskap om faktorer av betydning ved innføring av teamorganisert praksis. Hensikten er å bidra med utfyllende kunnskap om tverrfaglige arbeidsformer i sammensatte helsetjenester.

Metode

Studien er kvalitativt beskrivende med fortolkning av fokusgruppeintervjuer med helsepersonell i en avdelingskontekst. Fokusgruppeintervjuer er egnet til kvalitativ evaluering og å få mer kunnskap om sosialpsykologiske faktorer (Brataas 2002, Morgan 1988). Mening og forståelse blir skapt i samhandling mellom aktører i arbeidslivskulturen som undersøkes (Krueger 1994).

Fokusgrupper var tverrfaglig sammensatt. De var homogene ved at alle som deltok arbeidet i rehabiliteringsavdelingen. Gruppedynamikken i intervjuene medvirket til konstruksjon av data. Kunnskap som allerede finnes, bevisst eller ubevisst hos den enkelte informant i gruppen, ble rekonstruert ved at informantene utvekslet erfaringer og kommenterte hverandres erfaringer og oppfatninger om teamarbeid i avdelingskonteksten de har felles. Deltakerne fikk anledning til å sammenligne hverandres syn og erfaringer og bringe frem kunnskap og

innsikt om hvordan ulike sammenhenger og elementer i det tverrfaglige arbeidsopplegget virket. Mønster for tenke- og handlemåter i stabskulturen kan tre frem fra fokusgruppeintervjuer (Kitzinger 1995, Brataas 2002). Deltakerne ble bedt om å gi egne syn og utfordret til å diskutere ulike syn. Ekstern forsker var moderator (intervjuer) og sykehusintern prosjektleder var assisterende moderator (intervjuassistent som sørget for oppsummeringer og at alle tema ble løftet frem). Vi benyttet tematisk intervjuguide. Guiden ble utviklet på grunnlag av diskusjoner i prosjektgruppen, litteraturgransking og innspill fra brukerrepresentanter. Guiden hadde følgende tema: Hvordan forstår dere tverrfaglighet? Hvordan erfarer dere faglig arbeid og tverrfaglig rehabiliteringsarbeid? Hva er kvaliteter ved tverrfaglighet? Hvordan virker tverrfaglig samarbeid i forhold til pasient/-bruker? Hvordan erfarer dere rammebetingelser for tverrfaglig samarbeid?

Fokusgrupper ble gjennomført på to tidspunkter; 1) tre år etter oppstart av den nye rehabiliteringsavdelingen (våren 2006) og 2) etter fem år (høsten 2007). I perioden mellom første og andre intervjurunde gjennomførte avdelingen en intervensjon med fortløpende veiledning i bruk av ICF samt tre en dags arbeidsseminarer med tema rehabilitering og tverrfaglig samarbeid.

Utvalg og utvelgelse

For å få informasjon om de forskjellige yrkesgruppene sine erfaringer og oppfatninger om tverrfaglig helsearbeid ble følgende yrkesgrupper valgt til deltakelse i fokusgruppene; ergoterapeuter, fysioterapeuter, hjelpepleiere, leger, sosionom, sykepleiere, vernepleiere.

Bredde og variasjonsutvalg ble tilstrebet ved sammensetning av hver fokusgruppe (Jacobsen 2003). Ansatte ved rehabiliteringsavdelingen ble først delt inn i profesjoner, og deretter ble det valgt tilfeldige personer fra hver profesjon til en typisk tverrfaglig

gruppesammensetning. Avdelingens leder fikk innføring i utvalgsmetode og utvelgelsesprosedyre, og gjennomførte forespørsel om frivillig deltakelse.

Det ble gjennomført 4 fokusgruppeintervjuer våren 2006, hvor totalt 23 informanter, alle personell ved rehabiliteringsavdelingen, deltok. Høsten 2007 ble det gjennomført 3 fokusgruppeintervjuer hvor totalt 17 ansatte ved rehabiliteringsavdelingen deltok. Informantene utgjorde vel halvdelen av staben. Noen deltok i ett intervju, mens flere deltok i intervjuer både i 2006 og i 2007. I 2006 var fordelingen på yrker 3 ergoterapeuter, 4 fysioterapeuter, 2 hjelpepleiere, 4 leger, 1 sosionom, 8 sykepleiere, 1 vernepleier, Fordelingen på kjønn var 3 menn (2 leger, 1 sykepleier) og 21 kvinner. Høsten 2007 var fordelingen på yrker 3 ergoterapeuter, 2 fysioterapeuter, 3 hjelpepleiere, 1 lege, 1 sosionom, 6 sykepleiere, 1 vernepleier, og på kjønn 1 mann (sykepleier) og 16 kvinner.

Forskningsetikk

Prosjektet ble meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Frivillig deltakelse var basert på skriftlig og muntlig informasjon. Anonymisering av opplysninger de enkelte ga i intervjuene er tilstrebet ivaretatt. Illustrerende eksempler på utsagn kan ikke føres tilbake til bestemte enkeltpersoner.

Analyse og tolkning

Når intervjuene pågikk konsentrerte vi oss om å få data om tverrfaglighet, beskrivelser av erfaringer og å åpne for og lytte til diskusjoner i gruppene. Like etter hvert intervju oppsummerte vi førsteinntrykk og skrev korte feltnotater. Data fra de første intervjuene (fokusgruppe nr. 1 og 2) ga informasjon som ble vurdert opp mot data i de påfølgende intervjuene med hensyn til om vi oppnådde data metning, det vil si at det

ikke fremkom ny relevant informasjon i intervju nr. 3 og 4 i 2006 og intervju nr. 3 i 2007.

Etter avsluttet datasamling lot vi materialet ligge en tid. Dette for å få avstand til materiale samlet på to tidspunkter, hhv. i 2006 og 2007. Det systematiske analysearbeidet ble innledet med at begge forfattere leste intervjumaterialet, som nå ble lagt inn i analyseprogrammet NVivo 7,0. En forsker kodet alle utsagn tematisk. I neste fase ble data innen hvert tema analysert med hensyn til innholdets mening, hvordan tema var kontekstualisert, måter tema ble beskrevet og diskutert på, og betydning (mening) i metaforisk språkbruk (Skott 2002, Frid, Ölhèn og Bergbom 2000). For å gå bak beskrivelser av erfaringer, og tolke holdninger og tanker om tverrfaglighet, så vi etter hvordan budskap var uttrykt i diskusjonene:

“The direct reporting of experiences and perspectives does not make full use of the insights that focus groups provide. Going beyond summaries of attitudes takes us into the thought processes that produce these statements of opinion” (Morgan 1988: 26).

Resultater fra intervjuer våren 2006 og høsten 2007 ble sammenlignet med hensyn til sammenfall og/eller forskjeller på de to måletidspunktene. Mønster som trådte frem gjennom analysen ble betraktet opp mot teori og empiri. Tolkning av funn innebar en prosess hvor sammenhenger mellom enkeltfaktorer ble vurdert i forhold til kontekstuelle forhold og hvordan funn var forankret i materialet som helhet. I struktureringen av funn benyttet vi Lewis (2006) sin modell for analyse og tolkning av hvordan tverrfaglig samarbeid erfares. Input faktorer er erkjennelse av gruppe-medlemskap, ramme for samarbeidet, og ferdigheter hos deltakerne. Sentrale prosessfaktorer er identitetsforhandlinger, manøvrering av gjensidig informasjonsutveksling og praktiske samarbeids-

ferdigheter. Resultat eller output faktorer er målfullføring og oppgavefordeling eller kombinasjon av individuelt arbeid og samarbeidshandlinger.

Pålitelighet er tilstrebet gjennom alle faser. Intervjuene ble foretatt i et møtelokale hvor ansatte ofte deltar i møter, og slik sett er dette vante, trygge omgivelser. Deltakerne kjente assisterende moderator som prosjektleder. Moderator var ekstern forsker. Alle deltakere var aktive uten dominerende roller. Første koding ble utført av en forsker og deretter vurdert av en annen. Neste analysesteg ble gjennomført av to forskere som sjekket sammenfall og diskutere om alle viktige forhold var fanget opp i analysen. Rapport om resultater ble lagt fram for og kommentert av prosjektgruppens deltakere. En form for "face validity" er å konfrontere deltakerne med resultatet (Jacobsen 2003). Dette er gjort i fagmøter ved avdelingen.

Resultater

Resultater viser tema og hvordan input, prosess og output faktorer i det tverrfaglige samarbeidet var erfart; jfr Lewis (2006) sin analysemodell. Vi fant følgende tema og utvikling innen hvert tema etter tre år (A: våren 2006) og etter fem år (B: høsten 2007):

Forståelse av teamarbeid utvikles fra flerfaglighet til tverrfaglighetsforståelse

A) Etter tre år var fokus på gjensidig respekt og yrkesgruppers bidrag i rehabiliterings-tilbudet

B) Etter fem år var fokus på likeverdig tverrfaglig involvering.

Tverrfaglighet erfart som bli kjent prosesser, verdiforankring og samarbeidslæring

A) Å bli kjent med andre yrker og lære tettere jobbing med andre mot felles mål

B) Samarbeid som integrerer eget og felles fagoverskridende arbeid

Utvidelse av målorientering, fleksibilitet og dyktighet i praktisk tverrfaglighet

A) Orientering mot delmål, veksling i arbeidsformer og gjensidig støtte

B) Felles grep om kompleksiteten og fokus på helhetlig kvalitet i rehabiliteringsarbeidet.

Avdelingsledelse som ramme og støtte for læring og utvikling av tverrfaglighet

Avdelingsledelsen la rammer for utvikling av verdigrunnlag, gruppedlemskap og kulturbygging og for læring om tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringsvirksomheten. (Oppfatning både etter tre og fem år.)

Resultatene beskrives nærmere i det følgende.

Forståelse av teamarbeid utvikles fra flerfaglighet til tverrfaglighetsforståelse

Tabell 1 gir en illustrasjon på hvordan utsagn og uttrykksformer ble lagt til grunn og kondensert i analyse av data. Resultatene viser mye sammenfall mellom yrkesgruppenes oppfatninger og erfaringer. I fremstillingen av den tabellariske oversikten skilles det derfor ikke mellom profesjoner. Eksempler på yrkesgruppenes oppfatninger er gitt i følgende resultatbeskrivelse.

Tabell 1: Forståelse av tverrfaglighet

Periode for datasamling	Holdninger til tverrfaglighet	Uttrykksformer	Kondensert tekst
Etter tre år (våren 2006)	Villes og tilstrebes	Billedlig språk Søkende (på leit)	Kanskje på en måte å skjerpe seg og liksom bruke forskjellige briller og etter en tid bli trygge på hverandre og liksom trekke det beste ut av hverandre og finne måter å samarbeide på
Etter fem år (høsten 2007)	En naturlig arbeidsform med involvering ut fra flere perspektiver	Uttrykk for aktivitetens mening Arbeidskulturens fellesuttrykk (vi)	En måte å sikre alles medvirkning - er helt selvfølgelig – helt naturlig – vi er involvert alle sammen – ser ting sammen - for rehabilitering er tverrfaglig jobbing

A) Etter tre år var fokus på gjensidig respekt og yrkesgruppers bidrag i rehabiliteringstilbudet.

Input (jfr. Lewis 2006) dreide seg om forståelse av tverrfaglig virksomhet og teamarbeide. I intervjuer etter tre års rehabiliteringsvirksomhet la informantene an på å beskrive tverrfaglighet ved å forklare at virksomheten i avdelingen var kompleks, og følgelig forutsatte den tverrfaglighet:

Lege: Altså hvis man bare går til definisjon på rehabilitering, at han (pasient/bruker) har behov for en bistand for alt og i forhold til alle livets sider da.

Informantene syntes innforstått med forståelsen av rehabilitering som sammensatt og med behov for tjenester rettet inn mot pasientens kroppslige, aktivitetsmessige og sosiale funksjon (Varderbeg og Einarsen 2004, Conradi og Rand-Hendriksen 2004, WHO 2001). Hver yrkesgruppe ”dekker opp” ulike sider eller behov pasienten har for assistanse i sin rehabiliteringsprosess. Informantene ga uttrykk for respekt for hverandres fagkompetanse; de var eksperter på hver sine felt. Samtidig villes og tilstrebes tverrfaglighet. Tverrfaglig arbeid så de som en syntese av det særfaglige. Tverrfaglighet dreide seg om ”hver yrkesgruppes observasjoner, kunnskaper, faglige bidrag og måte å kommunisere på”, og ” brukeren er jo

i midten der”. Det tverrfaglige samarbeidet ga mening for dem og de ga uttrykk for positive holdninger og vilje til tverrfaglighet, men usikkerhet om måter å integrere det faglige på i det tverrfaglige arbeidet. Dokumentasjonssystemet synliggjorde overlappinger hvor yrkesgruppene dokumenterte ”litt over i hverandre” om observasjoner og tiltak. Var dette ”godt nok”? På dette tidspunktet gjorde de nye oppdaginger om tverrfaglighetens kliniske relevans. De ga med andre ord ikke uttrykk for å ha utviklet erfaringsbaserte grep om tverrfaglighet, eller et forståelsesmessig grep om praksis som kjennetegn på tverrfaglig ekspertise (Benner et al. 1996).

Samarbeid i tilknytning til tradisjonell pleie og i beslutningsprosesser i møtevirksomhet gav erfaringer av tverrfagligheten som hensiktsmessig. Utsagn fra to forskjellige gruppeintervjuer illustrerer dette:

Sykepleier: Ja, for eksempel i samme situasjon så har vi forskjellige "briller", altså vi kan se forskjellige ting, men sammen blir det på en måte en helhet der og da, kan du si.

Fysioterapeut: Jeg hadde en sånn veldig aha-opplevelse på akkurat det når vi hadde (navn på bruker), for da fikk vi et veldig tett praktisk samarbeid, og det var ikke bare et

samarbeid, men det var et tverrfaglig samarbeid, for vi tilførte våre forskjellige kunnskaper og fag. . . . Det blir liksom å trekke det beste ut av hverandre egentlig.

Etter tre år var tverrfaglighet forstått som samarbeid hvor yrkesgruppene bidrog faglig ut fra tradisjonelle arbeidsfordelinger; en forståelse som synes å svare til beskrivelser av flerfaglige team (Lauvås og Lauvås 2004). I praktiske situasjoner arbeidet de interaktivt og lærte om teamets funksjonalitet, men samtidig strevde de noe med tradisjonell flerfaglig tenkning. Dette kom til syne i overlappende ”faglig” dokumentasjon.

B) Etter fem år var fokus på likeverdig tverrfaglig involvering.

I intervjuer etter fem års avdelingsvirksomhet ba vi på nytt fokusgruppedeltakerne forklare tverrfaglighet. Nå tok ikke forklaringene utgangspunkt i hver yrkesgruppes bidrag, men i medvirkning. Tverrfaglighet innebar at alle medvirket. Tverrfaglig samarbeid involverte også pasienten. Medvirkning og involvering var grunnleggende for rehabiliteringsvirksomheten. Samarbeid var selvfølgelig og bygd på likeverdighet. Fokusgruppediskusjonene gikk på hvordan ”vi” handler sammen:

Ergoterapeut: *- for rehabilitering er tverrfaglig jobbing . . . vi er involvert i den prosessen alle sammen*

Flere andre: *Ja*

Ergoterapeut: *Og da er det ikke noen som er mer viktig enn de andre.*

Respekt for alle yrkesgruppers bidrag var grunnleggende, noe som også er fremhevet av andre (Fewster-Thuente og Velsor-Friedrich 2008).

Tverrfaglighetsforståelsen utvikles fra en forståelse om ulike yrkesgruppes flerfaglige bidrag til et forståelsesmessig grep om

teamets tverrfaglige involvering i avdelingens oppgave, som tverrfaglig i sin egenart. Likeverd og samarbeid inkluderte pasientene. Altså ble pasient- eller brukerinvolvert samarbeid i tverrfaglige team tilstrebet; jfr. Lauvås og Lauvås (2004).

Tverrfaglighet erfart som bli kjent prosesser, verdiforankring og samarbeidslæring

Prosessfaktorer dreier seg om identitetsforhandlinger og praktisk samarbeid; jfr. Lewis (2006). Erfaringer de tre første årene var å bli kjent med andre yrker og lære tettere jobbing med andre. Etter fem år var erfaringer knyttet til forståelse av felles holdninger og integrering av eget og felles fagoverskridende arbeid.

A) Å bli kjent med andre yrker og lære tettere jobbing mot felles mål

Teammedlemskap innebar erkjennelse av teammedlemmenes yrkesmessige forskjellighet. I løpet av de tre første årene ble deltakerne kjent og fikk mer innsikt i hva de andre yrkesgruppene sto for:

Fysioterapeut: *Og nå vet vi jo, altså jeg vet mer om hva E (ergoterapeut) holder på med. Mer om hva sykepleierne -*

Sykepleier: *Ergoterapeuter det var jo hjelpemidler for meg før det*

Fysioterapeut: *Ja, ikke sant*

De jobbet ”tettere” nå, men hadde ”et stykke igjen”:

Fysioterapeut: *Vi blir jo bedre og bedre kjent. Det blir jo å være direkte også. Men vi har et stykke igjen. . . . Og det er lettere å stille spørsmål og kanskje ha - kommentarer og være litt uenig -*

De som jobbet i samme team over tid mente de utviklet sin ”egen lille kultur”, sin måte å samarbeide på. Teamet ga følelse av arbeidsfelleskap, noe som bidrar vesentlig til følelsen av identitet og tilhørighet (Dickson og Hargie 2004). De opplevde fellesskapet som forutsigbart. Faren var at teamet kunne bli ”enspora”. Dersom sammensetningen av team varierte, kunne de få nyttige impulser fra flere ansatte.

Felles verdigrunnlag var ansett som vesentlig for å lykkes med samarbeidet. Alle ansatte i avdelingen hadde samarbeidet om å utarbeide avdelingens ideologi. ”Vi dannet jo vår egen ideologi da vi startet her” (sykepleier). Vi spurte hva verdiene var, og en annen sykepleier tok opp et plastkort fra lomma og svarte:

Sykepleier: Skal jeg lese opp? Trygghet for tilgjengelighet, og omsorg, respekt, kvalitet i prosess og resultat. Og så er det troverdighet, i tillegg til fleksibilitet.

Jevnbyrdighet mellom yrkesgrupper var noe de tilstrebet og langt på veg hadde oppnådd. Men en spesiell respekt for leger var vanskelig å endre.

Sykepleier (henvendt til en lege): Det der sitter i ryggmargen min at det er nesten sånn på giv akt når du går forbi.

Det ble understreket i alle intervjuer at jevnbyrdighet var stabens holdning. Erfaringer var at ansatte i denne avdelingen inviterte andre til samarbeid, det være seg kolleger, pasienter eller personer utenfor avdelingen:

Fysioterapeut: Vi har en annen holdning enn det jeg kjenner fra sykehuslivet fra før. Det som går ut fra andre avdelinger er mer en sånn belæring og informasjon, og ”sånn er det, og sånn blir det, og sånn bør det gjøres”. Mens vi inviterer til et samarbeid. Så det er noe med holdning, altså . . . Det handler om tankegang, hvordan tenker vi om personen vi skal hjelpe, ja, hvordan skal vi

som avdeling, vi som team, håndtere de opplysningene . . .

Staben utviklet relasjons- og rolletrygghet, og ”tverrfaglig profesjonalitet”:

Fysioterapeut: Det handler om trygghet, at vi er trygge på hverandre. . . .Ja, og roller, altså at vi vet litt mer hvor vi er. Hva kan vi forvente av hverandre

Deltakerne mente de hadde utviklet en kommunikasjonsform i staben som var annerledes enn i andre avdelinger, og tettere jobbing som var mer samlet mot felles mål. Tverrfaglighet var å finne måter å samarbeide på som kom brukeren til gode. Profesjonalitet innebar også å opptre ”samlet” i møte med bruker.

Lege: Å skjerpe seg og finne måter å samarbeide på – relasjonene vi har til hverandre som yrkesgrupper – måten å kommunisere med hverandre på – måten vi rapporterer, sånne ting – etter en tid blir vi trygge på hverandre

Å være enige om å arbeide tverrfaglig var ikke nok. Arbeidsformen måtte læres gjennom praksis og over tid.

Sykepleier: Jeg synes det har blitt mer tverrfaglig etter hvert. Jeg syntes det var litt rart, måtte ha litt tid på å venne meg på tverrfaglighet. Jeg tenkte vel kanskje mer pleiefaglig til å begynne med. Men jeg synes vi er blitt flinkere etter hvert - til å arbeide sammen, ja. Om vi ikke står på samme rom og arbeider, men at vi kan diskutere. Alt fra forflytning og til hvordan vi gjør beslutninger og andre ting –

Samtaler på tvers av yrkesgrupper var både ”artig” og nyttig, og gjorde jobben ”morsommere”. De observerte rehabiliteringssituasjoner og vurderte dem med hver sine faglige ”briller”, og utvekslet informasjon for å se situasjonen i en helhet.

B) Samarbeid som integrerer eget og felles fagoverskridende arbeid

Etter fem år var ”vi” og ”alle sammen” uttrykk for medlemskap i avdelingens team og i staben som storgruppe. Synspunkter ble gitt på vegne av hele staben. I teamene var tverrfaglig samarbeid nødvendig for å håndtere komplekse problemer i situasjonene til de enkelte pasientene:

Vernepleier: Jeg opplever at vi har en dialog, alle sammen. Altså - det handler om at vi er nødt til å jobbe tverrfaglig og vi er nødt til å se på alle typer problematikk som er -, eller alle typer vansker som brukeren har, og det gjør at vi som team er nødt til å ha en god dialog for å få til å hjelpe brukeren

Andre: *Mm, ja*

Vernepleier: Vi kan komme og spørre hverandre, og kanskje korrigere hverandre litt underveis også.

Nå fortalte deltakerne at det hadde vært litt skremmende å begynne i den nye avdelingen. Alle visste at her begynte spesielt utplukka ansatte. Hvordan kom det til å bli med så mye ”sterke” folk i avdelingen? Erfaringene de hadde gjort seg i avdelingen var at her kunne de vise fasthet i væremåte i betydning respekt for andres meninger og rettigheter og samtidig kunne uttrykke egne synspunkter på direkte og ærlig måte; jfr. Dickson og Hargie (2004). De opplevde ikke baksnakking men kanskje for lite medsnakking. En deltaker mente de kunne gi mer av både ros og konstruktive tilbakemeldinger.

Informantene reflekterte over sine roller som fagpersoner. I andre avdelinger er yrkesrollene tydeligere.

Ergoterapeut: Om det er på godt eller vondt det skal jeg ikke si noe om, men her utviskes kanskje noen av de her tydelige rollene, de kan bli litt utydeligere yrkesgruppene.

Rolleoverskridende arbeid ble beskrevet, for eksempel når en fysioterapeut hjelper en pasient på toalettet. Fysioterapeuten fokuserer fysisk fungering og utfører samtidig en pleieoppgave. Situasjoner som denne ble utnyttet i målrettet arbeid for pasienten, og med yrkesoverskridende blikk på situasjon og mål. Informantene mente å jobbe faglig og i tillegg tverrfaglig ut fra en utvidet oppmerksomhet mot flere faktorer av betydning for pasientens helse og rehabiliteringsprosess enn de som var relevante sett fra de enkelte faglige ståsted.

Utvidelse av målorientering, fleksibilitet og dyktighet i praktisk tverrfaglighet

Resultater (output) dreier seg om måloppnåelse, oppgavefordeling og samarbeid (Lewis 2006). Etter tre år var orientering mot delmål, veksling mellom flerfaglige og tverrfaglige arbeidsformer og gjensidig støtte vesentlige resultater av samarbeidsutviklingen. Etter fem år var felles grep om kompleksiteten og fokus på helhetlig kvalitet i rehabiliteringsarbeidet vesentlige resultater.

A) Orientering mot delmål, veksling i arbeidsformer og gjensidig støtte

Etter tre år i avdelingen fortalte informantene om opptatthet av å nå delmål gjennom innsats fra flere yrkesgrupper. Noen eksemplifiserte dette med morgenstell. Vernepleieren fokuserte adferdsproblematikk, ergoterapeuten veiledet i forhold til praktiske handlemåter. Arbeidsoppgaver overlappet noe, de ”fløt litt over i hverandre”. Det var mer utfordrende å formulere tverrfaglig overordna rehabiliteringsmål:

Ergoterapeut: Men da tenker jeg at -, da er vi inne i et sånt reelt problem, fordi vi kan ikke sitte og diskutere hvert et mål med hele teamet, for det er det ikke tid til. . . . Sånn at det -, sånn at du må kunne sette et sånt mål,

- at du har en avtale med den brukeren og så gjør jeg en avtale.

Oppgavefordeling eller kombinasjon av individuelt arbeid og samarbeidshandlinger syntes å veksle mellom faglige og tverrfaglig arbeidsformer. Yrkesgruppene hadde hver sine møter med pasientene, og undersøkelser og andre sær faglige oppgaver. Etter de sær faglige aktivitetene var intensjonen at teamet skulle ha et felles møte med pasienten. De opplevde ikke alltid at dette fungerte optimalt:

Sykepleier: *Altså -, noen ganger blir det slik at vi kan kalle det ansvarspulverisering, altså det kommer bort på en måte det som blir tatt opp*

Diskusjoner syntes ikke alltid å føre frem mot en overordnet målsetting og en helhetlig plan for pasientens rehabilitering. En fremgangsmåte for å få til best mulige møter med pasientene var at teammedlemmer før møtet diskuterte problemstillinger, dette for å kunne gi gode råd til pasienten.

Lege: *Altså vi, tverrfaglig gjør vi en analyse og tverrfaglig gjør vi en syntese av den analysen som da kommer fram til et riktig råd overfor brukeren og andre samarbeidspartnere.*

Det kunne oppleves "tøft" (krevende) å stå i et forhold til en del av brukerne. Da fungerte teammedlemmene som støtte for hverandre mht å dele på ansvaret; "det gjør at man tåler ting mye bedre".

B) Felles grep om kompleksiteten og fokus på helhetlig kvalitet i rehabiliteringsarbeidet.

Etter fem år fremhevet deltakerne at det var blitt enklere å jobbe. Yrkesgruppene drar nytte av hverandres kompetanse og samarbeidet oppleves å ha betydning for kvaliteten i det totale tilbudet pasientene får. Yrkesgruppene utfyller hverandre i praksis.

Fysioterapeut: *For eksempel under ei forflytting, altså der kan det være ting som V (vernepleier) holder på med daglig som jeg ikke gjør mer enn en gang i måneden kanskje, og hvordan vi praktisk kan samarbeide. Og så er det andre ting underveis i samme seanse som jeg gjør mer og har mer kompetanse på enn V. Og så bytter vi litt roller, så vi kan utfylle hverandre i rent praktisk arbeid sammen med brukeren.*

Deltakerne beskrev et grep om kompleksiteten i den helhetlige rehabiliteringsoppgaven. I arbeidet for sammen å bestemme pasientens rehabiliteringsmål, var utgangspunktet pasientens aktiviteter og sosiale deltakelse før han ble syk. Dette ble sett i sammenheng med pasientens kroppslige tilstand og personlige og sosiale omgivelse. Målprosessen fokuserte helse og funksjon i et helhetlig perspektiv; jfr. Helse- og rehabiliteringstenkningen (WHO 2001). Informantene mente de var blitt dyktigere gjennom det tverrfaglige samarbeidet. De opplevde utviklingen som positiv og spennende:

Sykepleier: *Bare det at vi har mer kunnskap, at vi har mer erfaring, altså - kanskje har vi større krav til oss selv nå enn vi hadde i starten. Det tror jeg.*

Vernepleier: *Men vi har litt forskjellig behov for struktur da, vi som jobber i avdelingen også*

Sykepleier: *Ja, og så har vi en sånn rød tråd gjennom det hele og litt ansvarsfordeling underveis, hvem det er som tar tak i det og det.*

Avdelingsledelse som ramme for læring og utvikling av tverrfaglighet

Oppfatninger om ledelse som ramme for samarbeidet er fortolket som en kontekstuell input faktor; jfr. Levis (2006). Resultater var

sammenfallende på de to måletidspunktene. Etter tre og fem år ble det i alle intervjuer gitt uttrykk for at avdelingsledelsen la rammer for utvikling av verdigrunnlag, gruppedlemskap og kulturbygging, og for læring om tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringsvirksomheten. Ledelsen hadde sørget for kurs med innføring om teoretisk rammeverk. I den løpende virksomheten syntes ledelsen å legge opp til en kvalitetspolitikk; jfr. Miller og Freeman (2003), og en humanistisk holdning hvor ansatte var verdsatt og støttet:

Vernepleier: (Lederen) gjør en kjempejobb, både for å høre på oss, og for å være med og utvikle oss videre faglig, og ikke minst for å skjermes oss for en del unødvendige diskusjoner som raser rundt omkring i disse nedskjæringstidene . . . Og det å kunne legge til rette i forhold til arbeidstid, og . . . jeg ser henne som veldig positiv. Hun ser hver enkelt av oss, og de behovene vi har.

Grunnlaget ledelsen la var viktig. Likeså var måten ledelsen videreførte avdelingen på viktig for framtidig kvalitet i avdelingens virksomhet:

Sykepleier: Jeg tror nok den røde tråden, at det er en i avdelingen som har hatt overordnet ansvar for å dra oss gjennom det her har vært med på og hjulpet oss videre underveis. Det tror jeg vi er avhengig av. Og det er nødvendig i flere år fremover.

Drøfting

Funn viser at teamarbeidet utviklet seg fra flerfaglig til tverrfaglig samarbeid. Ledelse og teoretisk rammeverk for virksomheten var sentrale kontekstuelle forhold.

Hva kjennetegner det tverrfaglige arbeidet?

I en ny rehabiliteringsavdeling med teamorganisert virksomhet var yrkesgruppens oppgave å integrere det særfgaglige i tverrfaglig pasientorientert rehabiliteringsarbeid. Ledelsen hadde lagt en overbyggende helse-, funksjons- og rehabiliteringsforståelse til grunn for virksomheten (Varderberg og Einarsen 2004, Conradi og Rand-Henriksen 2004, WHO 2001, Sosial- og helsedepartementet 1999). Fra før hadde de ansatte erfaringer fra tradisjonelt organisert helsetjeneste med vekt på flerfaglig differensiering. Når rehabiliteringsavdelingens ansatte sammenlignet tidligere praksiserfaringer med erfaringer med det teambaserte opplegget, ble pasientinvolvering, felles verdier slik som likeverd og respekt, og målorientering gitt stor tyngde og betydning for utvikling av deres arbeidslivskultur og intersubjektive forståelse (Jarvis 2000, Bruner 1997, Gulbrandsen 1996). De viste positiv innstilling til ledelsens bestemmelse om oppgaveorganiseringen som innebar mer yrkesoverskridende samarbeidsroller enn tradisjonelt. Dette kan forklares ut fra interesse i avdelingens overlevelse (Svensson 2008), men også ut fra en tro på avdelingens virksomhetskonsept.

Det for deltakerne nye tverrfaglige arbeidet innebar nye utfordringer. De tre første årene var arbeidet noe preget av yrkesgruppens særfgaglige tradisjoner. Lauvås og Lauvås (2004) beskriver flerfaglige versus tverrfaglige samarbeidsformer som ulike grader av samarbeid. I begynnelsen hadde teamsamarbeidet karakter av flerfaglig samarbeid, men hvor de ansatte bestrebet seg på å arbeide tverrfaglig. Identitetsforhandlinger, bli kjent prosesser og initial læring om andre yrkesgrupper endret samarbeidets karakter. Staben sto overfor flere utfordringer. En var å frigjøre seg fra tradisjonelle oppfatninger om legenes mer dominerende posisjon og i stedet utvikle teamforankret gruppeidentitet (Jarmolowich

et al. 2008, Hargie og Dickson 2004). Dette utfordret særlig sykepleiere til å se egen profesjon som likeverdig. Legene tilstrebet å innta likeverdige samarbeidsroller. Felles støtte og gjensidig verdsetting var positive elementer som styrket stabens dyktighetsbestrebelse. Støtte og verdsetting anses som positive elementer ved utvikling av tverrfaglig samarbeid (Fewster-Thuente og Velsor-Friedrich 2008, Miller og Freeman 2003, Leathard 2003). Å sette ord på felles samarbeidsverdier synes fordelaktig for å utvikle et samarbeidsklima som underbygger felles erfaringslæring, og følgelig også for utvikling av interaktivt tverrfaglig samarbeid.

Hvordan å integrere faglige og tverrfaglige bidrag i rehabiliteringsarbeidet var utfordrende og synes å fordre felles læreprosesser i praksisfellesskapet. Deltakerne var motivert for både tilpasning og aktiv deltakelse i forandring, noe som anses viktig for å lykkes med utvikling av funksjonell tverrfaglighet (Leathard 2003). Hver yrkesgruppe hadde de første tre årene særlig fokus på faglige delmål ved rehabiliteringsvirksomheten. Profesjonelle skal være i stand til å håndtere de for yrkesgruppen særskilte oppgaver (Eriksen og Molander 2008), men følgen ble at virksomheten fikk noe karakter av flerfaglighet; jfr. Lauvås og Lauvås (2004). Deltakerne var oppmerksom på dilemmaer knyttet til rolleflexibiliteten både med hensyn til å unngå deprofesjonalisering og hvordan deltakernes fagspesifikke ekspertise kunne integreres på hensiktsmessige måter. Enighet om felles mål anses å være en suksessfaktor ved utvikling av tverrfaglig samarbeid (Suter et al. 2009, Leathard 2003). Teamene tilstrebet mer helhetlig målorientering enn faglig orienterte mål, og i tiden mellom tre og fem års praksis synes de å få grep om mer integrert, helhetlig og pasientorientert rehabilitering. Det tverrfaglige arbeidet kjennetegnes av målintegrering som delvis kan forklares ut fra opplæring før oppstart av avdelinga samt kursdager og veiledning (intervensjon

mellom tre og fem års rehabiliteringsvirksomhet). Men datamaterialet viser at erfaringslæring i den sosiale konteksten over et tidsforløp på fem år også forklarer utvikling av helhetsperspektiv og tverrfaglighet (Jarvis 2000, Engeström 2000).

Hvordan erfarer ansatte læring og utvikling av tverrfaglig teamarbeid?

Resultatene viste utvikling i forståelsen og tverrfaglig fungering mellom måletidspunktene.

Prosessen med erfaringslæring ble beskrevet som nyttig, både for å oppdage og utvikle fordelaktige samarbeidsmåter og for å tilegne seg fagoverskridende forståelse av eget og felles arbeid i helhetlig rehabilitering. 14 dagers kurs før oppstart av virksomheten ga innføring i felles tenkningsgrunnlag. Her begynte bli kjent prosessen. De ansatte diskuterte seg også frem til et sett verdier de ville legge til grunn i samarbeidet. Dette syntes å legge grunnlag for respektfull, direkte, oppriktig fasthet i væremåte (Hargie og Dickson 2004) som fremmet konstruktive meningsutvekslinger. Men noen mente de kunne lært enda mer gjennom mer tilbakemeldinger på hverandres bidrag i arbeidet. Altså anses interaktive læreprosesser å være fordelaktige. I tiden mellom tre og fem års praksis understøttet veiledning og kursdager på arbeidsstedet den erfaringsbaserte læreprosessen. Innen gitte ramme-forutsetninger synes ekspertiseutvikling å skje gjennom erfaringslæring over tid, slik Benner et al. (1996) beskrev utvikling av profesjonell ekspertise, men her som læring i en sosial sammenheng og med utvikling av tverrfaglig ekspertise (Engeström 2000). Våre funn samt teori og forskning (Benner et al. 1996, Mills og Spencer 2005) gir grunnlag for å anta at stabskulturell forståelse og dyktighet i tverrfaglig teamarbeid innebærer langvarige læreprosesser. Mills og Spencer

(2005) har funnet at ansatte i en spesialavdeling i sykehus etter fem år har utviklet en arbeidslivskultur som vektlegger teamets ferdigheter i praksis heller enn fagutførelse som sådan. Tilsvarende viser vår studie at stabens forståelse av teamenes felles mål, fungering og ferdigheter i tverrfaglig målretta praksis, endret seg mellom tre og fem års praksis.

Hva oppleves å fremme utvikling av tverrfaglig rehabiliteringspraksis?

Funn viser at støttende og forståelsesfull ledelse var en kontekstuell faktor av betydning for de ansatte. Ledelsens støtte for den enkelte og for kollektivets utvikling (Miller og Freeman 2003, Engeström 2000) gav opplevelse av å bli verdsatt som personer og som gruppe. Ledelsen syntes å vektlegge en kollektivistisk kvalitetspolitikk (Miller og Freeman 2003). De ansatte mente sykehusinterne kamper om økonomi virket forstyrrende på oppmerksomheten mot kvalitet i arbeidet, og de verdsatte at ledelsen skjermet dem fra produksjonspolitiske diskusjoner i sykehuset. Ledelsen var derimot oppfattet å vektlegge kvalitetsaspekter ved rehabiliteringsvirksomheten. Klare forventninger motiverte til innsats. Før åpning av avdelingen ga ledelsen tydelige signaler om teamorganisert arbeid og forventninger til funksjonell tverrfaglighet. ICF var forstått som et integrert teoretisk rammeverk med forankring i rehabiliteringspraksis (Soubhi o.fl. 2009, WHO 2001), og underbygget forståelsen av teamarbeid på tvers av yrkesgrupper. Valgte tenkning "tvang" de ansatte til å tilstrebe helhetsfokus på pasientens prosess. Ledelsen var en viktig pådriver for læreprosessen til nå og "i mange år framover". Resultatene understreker ledelsens betydning ved tilrettelegging for læring og utvikling av funksjonell tverrfaglighet i praksis; jfr. Lauvås og Lauvås (2004).

Konklusjon

Studien gir kunnskap om en ny stabs erfaringer med teamorganisert rehabiliteringsarbeid. Innledningsvis hadde teamarbeidet karakter av flerfaglig samarbeid. Det utviklet seg over fem år i retning funksjonelt tverrfaglig samarbeid. Innledningsvis la erfaringer fra tradisjonelt funksjonsdifferensiert helsetjeneste grunnlag for særfaglige fokus på arbeidsoppgavene. Felles verdiplattform synes å fremme likeverdig samarbeid og interaktiv erfaringslæring. Ledelsens klargjøring av intensjoner synes å motivere for profesjons-overskridende teamarbeid. Arbeid for å utvikle og nå profesjonsoverskridende helhetlige rehabiliteringsmål var en krevende øvelse. Resultatene viser samarbeidsutvikling gjennom interaktive læreprosesser. Rehabiliteringsvirksomheten var basert på et profesjonsoverskridende teoretisk/metodisk fundament, og teamorganisering var valgt med begrunnelse i avdelingens profesjons-overskridende funksjon. Det er behov for mer forskning om betydning av overbyggende begrepsrammeverk for samarbeid og kvalitet i praksis.

Funn understreker ledelsens betydning. Støttende og tilretteleggende ledelse og kollektivistisk kvalitetsorientering synes å underbygge utvikling av funksjonelt tverrfaglig samarbeid. Studiens resultater peker på sammenhenger mellom ledelsens støtte og kvalitetsorientering, "flat" teamorganisert virksomhet, implementeringsmetode med kurs og oppfølging etter tre år samt valg av et for yrkesgruppene felles teoretisk/metodisk fundament for virksomheten. Dette er forhold som ut fra studiens funn har betydning for utvikling av funksjonell tverrfaglighet, og som følgelig bør tas i betraktning ved innføring av teamorganisert arbeid. Studien peker også på behov for mer forskning om betydning av metoder, rammeverk og ledelse for utvikling av funksjonelt teambasert samarbeid. Undersøkelsen gir ikke kunnskap om

omlegging til teambasert arbeid i en eksisterende virksomhet. Kompetanse, faglig og personlig egnethet var vurdert ved ansettelse av den nye staben. Mer forskning kan kaste lys over personfaktorer, læringsstiler og motivasjon for endring ved omlegging i eksisterende avdelinger. Det er også behov for mer kunnskap om kvalitetsmessige effekter på praksis ved innføring av tverrfaglig organiserte tjenester. Undersøkelsen er utført i en rehabiliteringsavdeling i et norsk sykehus. Den gir ikke grunnlag for generalisering, men utfyllende kunnskap om tverrfaglige arbeidsformer i sammensatte helsetjenester.

Referanser

- Benner, P, Tanner, CA, Chesla, CA (1996) *Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgement, and ethics*. New York. Springer Publishing Company.
- Brataas, HV (2002) Fokusgrupper, en kvalitativ forskningsmetode. *Sykepleien*, 14: 54-6.
- Bruner, J (1997) *Utdanningskultur og læring*. Oslo. Ad Notam Gyldendal.
- Conradi, S, Rand-Hendriksen, S (2004) Funksjonshemming og rehabilitering – ideologi og virkelighet. I *Lærebok i rehabilitering*. Når livet blir annerledes. Bergen. Fagbokforlaget, s. 23-34.
- Dahl, TH (2002) International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34: 201-204
- Engeström, Y (2000) Unviklingsarbejde som uddannelsesforskning. I Illeris, K (red.) *Tekster om læring*. Frederiksberg. Roskilde Universitetsforlag, s. 270-283.
- Eriksen, EO, Molander, A (2008) I Molander, A og Terum LI (red) *Profesjonsstudier*. Oslo. Universitetsforlaget, s. 161-176.
- Fewster-Thuente, L, Velsor-Friedrich, B (2008) Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nursing Administration Quality*, 32,1: 40-48.
- Frid, I, Ölhèn, K, Bergbom, I (2000) On the use of narratives in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 3: 695-703.
- Gulbrandsen, A (1996) Utgangspunktet er praksis - hva ellers? I: Dysthe, O (red.): *Ulike perspektiver på læring og læringsforskning*. Oslo. Cappelen Akademiske Forlag AS. sider
- Hargie, O, Dickson, D (2004) *Skilled interpersonal communication. Research, theory and practice*. 4th ed. London. Routledge.
- Jacobsen, DI (2003). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Jarmolowich, DP, Kahng, SW, Ingvarsson, ET, Goysovich, R, Heggemeier, R, Gregory, MK (2008) Effects of conversational versus technical language on treatment preferences and integrity. *Intellectual Development Disability*, 46, 3: 190-199.
- Jarvis, P (2000) Den menneskelige lærings natur. I Illeris, K (red.) *Tekster om læring*. Frederiksberg. Roskilde Universitetsforlag, s. 139-150.
- Kaasa, K (2004) *Kvalitet i helse- og sosialtjenesten: det er menneskene det kommer an på*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag
- Kitzinger, J (1995) Introduction focus groups. *British Medical Journal*, 311: 299-302.
- Krueger, R A (1994) *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. 2nd ed. Thousand Oaks, London. Sage Publication.
- Lauvås, K, Lauvås, P (2004) *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*, 2.utg. Oslo. Universitetsforlaget.
- Leathard, A (2003) Models for interprofessional collaboration. I Leathard A (red.) *Interprofessional collaboration. From policy to practice in health and social care*. London, New York. Routledge, s. 93-117.

- Lewis, LK (2006) Collaborative interaction: Review of communication scholarship and research agenda. *Communication Yearbook*, 30: 197-247.
- Miller, C, Freeman, M (2003) Clinical teamwork. The impact of policy on collaborative practice. I: Leathard A (red.) *Interprofessional collaboration. From policy to practice in health and social care*. London, New York. Routledge, s. 121-132.
- Mills, AE, Spencer, EM (2005) Values based decision making: a tool for achieving the goals of healthcare. *HEC Forum*, 17, 1: 18-32.
- Morgan, D L (1988) *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park, London. Sage Publications.
- Pran, F (2007) ICF – et felles språk for funksjon. *Fysioterapeuten*, 7: 24-26.
- Schoot, T, Proot, I, ter Meulen, R, de Witte, L (2005a) Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19: 169-176.
- Schoot, T, Proot, I, ter Meulen, R, de Witte, L (2005b) Actual interaction and client centredness in home care. *Clinical Nursing research*, 14, 4: 376-393.
- Skott, C (2002) Expressive metaphors in cancer narratives. *Cancer Nursing*; 25, 3: 230-235.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003) *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Trondheim. KITH (Kompetansesenteret for IT i helsesektoren AS). Nettadresse om ICF; www.kith.no/icf.
- Sosial- og helsedepartementet (1999) *St.meld 21, 1998-99 Ansvar og meistring – Mot ein heilskaplig rehabiliteringspolitikk*. Oslo. Sosial- og helsedepartementet.
- Soubhi, H, Colet, NR, Gilbert, JH, Lebel, P, Thivierge, RL, Hudon, C, Fortin, M (2009) Interprofessional learning in the trenches: fostering collective capability. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 1: 52-7.
- Suter, E, Arndt, J, Arthur, N, Parboosingh, J, Taylor, E, Deutschlander, S (2009) Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 1: 41-51.
- Svensson, LG (2008) Profesjon og organisasjon. I Molander A og Terum LI (red) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 131-143.
- Vardeberg, K, Einarsen, E (2004) *Medvirkning og samarbeid. I Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*, Bergen. Fagbokforlaget, s. 47- 56.
- WHO/World Health Organization (2001) *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Oversatt til norsk av KITH. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet