

# Tværfagligt samarbejde omkring en klient i et neurorehabiliteringscenter – en caserapport

---

**RESUMÉ:** *For at få et godt resultatet i rehabiliteringen af personer med komplekse følger efter en hjerne-skade er det nødvendigt med et velfungerende tværfagligt samarbejde. Denne caserapport beskriver konkrete eksempler på det tværfaglige samarbejde i et neurorehabiliteringscenter omkring en klient med svære og komplekse følger efter en erhvervet hjerneskade. Samarbejdet beskrives retrospektivt ud fra interviews med de involverede fagpersoner og med udgangspunkt i rehabiliteringsplanerne og organiseringen i neurorehabiliteringscentret. Samarbejdet diskuteres på baggrund af teorier om tværfagligt samarbejde, og forfatterne argumenterer for, at samarbejdet mellem de professionelle, der indgår i caserapporten, befinder sig på det transdisciplinære niveau, der er det højeste niveau inden for tværfagligt samarbejde. I artiklen beskrives otte væsentlige elementer, der har betydning for et vellykket transdisciplinært samarbejde.*

---



MARLENE MUNCH

Marlene Munch har arbejdet indenfor neurorehabilitering siden 1997. Først som behandlende terapeut, derefter som udviklingsergoterapeut og senest som tværfaglig udviklingskoordinator. Særlige interesseområder er bl.a. dysfagi, tværfaglighed, formidling/undervisning og kommunikation. Medforfatter til bog om neurorehabilitering i praksis. Center for Neurorehabilitering – Filadelfia, Dianalund. [mamu@filadelfia.dk](mailto:mamu@filadelfia.dk).



BENTE HOVMAND

Bente Hovmand er pensioneret lektor fra professionshøjskolen Metropol. Uddannet fra Teilmanns Kursus samt MSc og BSc fra Lunds Universitet. Har gennem mange år primært undervist og vejledt studerende i deres afsluttende bacheloropgave. Er medforfatter til en dansk grundbog om at skrive caserapport.



**HVERT ÅR INDLÆGGES** cirka 20.000 voksne med et akut hjernetraume eller en apopleksi. Ca. 2500 af disse vurderes til at have en kompleks hjerneskade, som kræver specialiseret, intensiv og tværfaglig rehabilitering<sup>1</sup>. Personer med følger efter hjerneskade er en heterogen gruppe med meget forskellige og samtidig ofte multifacetterede problemer og rehabiliteringsbehov, og det er nødvendigt, at mange forskellige faggrupper (plejepersonale, fysio- og ergoterapeuter, neuropsykologer, talepædagoger, socialrådgivere, læger evt. m.fl.) bidrager med indsatser rettet mod både fysiske, psykiske og sociale problemstillinger<sup>2,3</sup>.

Der kommer hele tiden ny viden til, både inden for de enkelte implicerede fagområder og det tværfaglige samarbejde, der anses for at være forudsætning for at opnå positive resultater. Imidlertid er det mindre klart, hvilke dele af den tværfaglige indsats der har betydning for den positive effekt, og der er ofte store udfordringer med at få det tværfaglige samarbejde etableret og endnu større udfordringer med at få det til at fungere<sup>2,4</sup>.

Tværfaglighed kan dække over forskellige former for samarbejde og organisering, og ofte skelnes der ikke mellem type, niveau og indhold. Ifølge Just & Nordentoft er tværfaglighed en arbejdsform med gensidig afhængighed mellem faggrupperne, som kræver

en fælles organisering i tid og rum og med stor grad af kommunikation<sup>4</sup>.

### **Tværfaglighed**

#### *Teams*

Tværfagligheden kan organiseres i teams, hvor aktører fra forskellige professioner samarbejder. Et team er karakteriseret ved en stor grad af indbyrdes samarbejde mod at nå et mål eller fuldføre en opgave. Teammedlemmerne er afhængige af at kombinere deres kompetencer og deres færdigheder med den hensigt, at resultatet af den samlede indsats bliver bedre end summen af de enkelte fag/professioners indsats. Der skal således være villighed til at dele kompetencer og information samt til at give og modtage vejledning. Der skal være frihed i teamet til at udtrykke meninger og give hinanden positive og kritiske tilbagemeldinger<sup>6</sup>.

#### *Tværfaglige niveauer*

I litteraturen henvises ofte til flere niveauer i det tværfaglige samarbejde<sup>4,6</sup>.

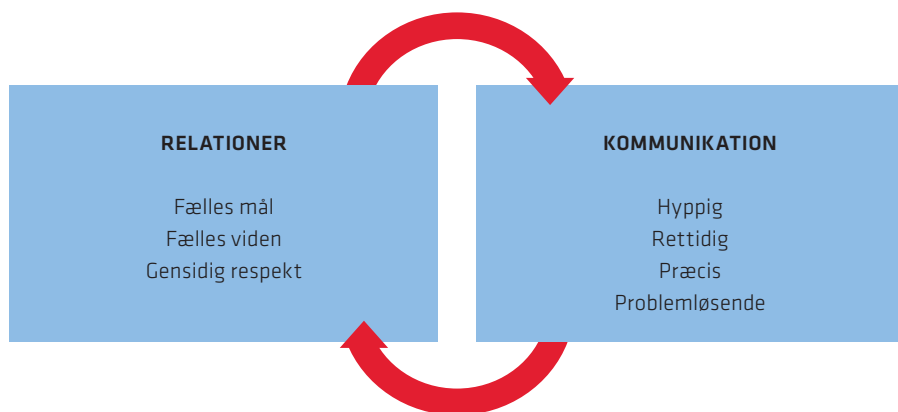
**Multidisciplinært samarbejde** er kendetegnet ved samarbejde mellem forskellige faggrupper, hvor hvert teammedlem varetager sit eget faglige område. Teammedlemmet har egne mål og ofte intet kendskab til, hvad de andre faggrupper gør. Der rapporteres retrospektivt (f.eks. på teammøder) om egne resultater til de øvrige i teamet.

**Interdisciplinært samarbejde** forudsætter et tæt koordineret samarbejde mellem teamets forskellige fagpersoner. Disse arbejder mod på forhånd aftalte fælles mål, som også er klientens mål. Hvert teammedlem anvender egen ekspertise mhp. at støtte klienten i at nå disse mål. Der er tale om en fælles arbejdsproces, hvor der planlægges et struktureret program, formuleres mål og evalueres i fællesskab.

**Transdisciplinært samarbejde** bygger på et meget integreret samarbejde mellem teamets forskellige fagpersoner. Samarbejdet udføres som fælles forberedelse, løbende dialog og fælles evaluering af klientens mål. Hvert teammedlem mestrer flere faglige tilgange til den pågældende klient. Man understøtter de øvrige fagspecialers arbejde efter at have modtaget supervision af fagpersonen. Ved høj grad af tværfaglighed kan der opnås et niveau, hvor fagpersoner overlapper hinanden i opgaveløsninger<sup>4,5</sup>.

I en nyere artikel af Robert L. Karol om det tværfaglige samarbejde omtales det transdisciplinære niveau som "guld standard" indenfor neurorehabilitering af patienter med særlige behov. Det transdisciplinære niveau anses som den absolut højeste grad af integreret samarbejde med en holistisk tilgang og med borgeren i centrum. Borgeren indgår således som teammedlem. I samarbejdet er der flydende grænser, og ➤➤➤

## RELATIONEL KOORDINERING



**Figur 1.** Frit efter Gittel. Fælles mål, fælles viden og fælles respekt forstærker og genforstærkes af hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation.

der fokuseres på at løse opgaven i fællesskab uafhængigt af profession<sup>5</sup>.

### *Relationel koordinering*

Jody Hoffer Gittel har udviklet den evidensbaserede teori "Relationel koordinering" om medarbejdernes koordinering i komplekse tværgående arbejdsprocesser. Teoriens praktiske fokus er koordinering og kommunikation i arbejdsprocesser, som går på tværs af faglige funktioner, afdelinger og organisationer. Der er dokumentation for, at relationel koordinering er særlig betydningsfuld for ydelsens kvalitet og produktiviteten i arbejdsprocesser, der er prægede af gensidig afhængighed i opgaveløsningen, gerne med en høj grad af uforudsigelighed i opgaveløsningen og et vist tidspres<sup>7</sup>.

### **Evidens for det tværfaglige samarbejde**

Der er evidens for, at tværfagligt samarbejde har positiv effekt. I et nyere dansk litteraturstudie har man undersøgt om trans- og/eller interdisciplinært samarbejde fremmer effekten af rehabilitering, samt hvilke former for trans- og/eller interdisciplinært samarbejde der synes at have bedst effekt for en optimal rehabiliteringsindsats<sup>8</sup>. I litteraturstudiet indgår 14 reviews og 12 patientgrupper heriblandt patienter med erhvervet hjerneskade (11 studier) og apopleksi (31 studier). Det konkluderes, at

trans- og/eller interdisciplinært samarbejde på en lang række områder fremmer effekten af rehabilitering. I sammenfatningen påpeges det, at trans- og/eller interdisciplinært samarbejde fører til kortere og færre hospitalsindlæggelser, bedre overlevelse, bedre effekt på funktionsevne, mindre afhængighed af hjælp, hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet og mindre sygefravær. Studiet angiver en række forudsætninger for vellykket tværfagligt samarbejde: få borgere pr. medarbejder, 24-timers dækning, borgeren skal være i centrum for indsatsen, en trans- og/eller interdisciplinær indsats, involvering af plejepersonale, nedskrevne fælles aftaler, mål og klare retningslinjer for teamets arbejde. Der bør være tætte samarbejdsrelationer og opmærksomhed på kommunikation og vidensdeling inden for teamet samt på fælles konferencer. En høj faglig standard ved regelmæssige uddannelses- og træningsprogrammer for personalet er desuden nødvendig.

### **Caserapportens formål og metode**

Det tværfaglige samarbejde er velbeskrevet, og man har i studier fundet evidens for effekten ved trans- og/eller interdisciplinært samarbejde til patientgrupper med komplekse behov, bl.a. følger efter en erhvervet hjerneskade. Men der er stadig brug for eksempler på, hvordan samarbejdet

helt konkret kan gennemføres i praksis, og hvad der kræves, for at et højt integreret samarbejde lykkes.

Formålet med denne caserapport er at beskrive og diskutere, hvordan dele af det tværfaglige samarbejde kan se ud i praksis og, helt konkret hvordan samarbejdet blev tilrettelagt og udført med en borger med svære og komplekse følger efter en erhvervet hjerneskade. Der er i beskrivelsen lagt vægt på niveauet af tværfaglighed, organiseringen af tværfaglighed samt selve samarbejdet.

Casen beskriver det tværfaglige samarbejde i en del af et klientforløb i et neurorehabiliteringscenter. Der er indsamlet informationer om centret og organiseringen af det tværfaglige samarbejde fra centrets virksomhedsbeskrivelse. Informationer om klienten er indhentet fra journal og rehabiliteringsplaner. Der er indhentet mundtligt samtykke fra klienten og skriftligt informeret samtykke fra klientens værge. Informationer om samarbejdet er indhentet via uformelle samtaler med hele miniteamet og ved semistrukturerede personlige interviews med udvalgte fagpersoner fra miniteamet, der indgår i det direkte daglige arbejde med klienten. Der er indhentet mundtligt informeret samtykke fra de udvalgte fagpersoner, som blev interviewet. Disse fik mulighed for at gennemlæse casen før færdiggørelsen.

Interviewguiden indeholdt følgende temaer:

- Særlige indsatsområder
- Mål, handlinger og evaluering
- Ansvarlige
- Processen. Samarbejdet
- Tværfaglighed/faglighed.

Under interviewene blev der noteret stikord, som blev renskrevet og uddybet. De renskrevne interview (fem A-4-sider) blev gennemlæst og bearbejdet til brug for casen. Casen er beskrevet retrospektivt for at udelukke, at teamet blev påvirket af casens fokusområder og tilpassede det indbyrdes samarbejde efter disse. Forhold, der skønnes ikke at være afgørende for det tværfaglige samarbejde, er udeladt af hensyn til klienten.

## Materiale

### *Neurorehabiliteringscentret*

Neurorehabiliteringscentret tilbyder intensiv tværfaglig rehabilitering til voksne med moderate til svære følger efter hjerneskader forårsaget af traumer eller tilgrænsende lidelser (apopleksi, følger af infektioner, iltmangel m.fl.).

Et rehabiliteringsophold er intensivt og baserer sig på tværfaglige rehabiliteringsprincipper, som anvendes i døgnets 24 timer, og aktiviteterne udføres i dagligdagens naturlige og meningsfulde sammenhænge. Rehabiliteringen tager sigte på klientens fremtidige tilværelse, og der arbejdes derfor med aspekter, som må forventes at bibringe klienten og de pårørende en så god tilværelse som muligt efter opholdet. Den gennemsnitlige indlæggelsestid var i 2013 lidt over 3 måneder.

I neurorehabiliteringscentret tildeles hver klient et behandlingsansvarligt miniteam med relevante fagpersoner. Disse fagpersoner har i fællesskab ansvaret for og kompetencerne til at varetage rehabiliteringsforløbet sammen med klienten og dennes pårørende.

Det tværfaglige samarbejde inspireres og udvikles ved, at der er fælles opholds- og arbejdsrum. Plejepersonalet og terapeuterne arbejder i forskellige vagter og dækker dermed både dag, aften og weekender. Der er miniteammøde hver 2./3. uge, hvor klientens mål og tiltag evalueres. Desuden

er der ugentlige fælles teammøder, hvor alle klienter gennemgås. Klienten og de pårørende indbydes til et opfølgingsmøde et par uger efter indskrivning samt til et planlægningsmøde før udskrivelse, hvor også eksterne samarbejdspartnere indbydes. Ved længerevarende ophold afholdes evt. flere planlægningsmøder.

### *De interviewede fagpersoner*

De interviewede fagpersoner (social- og sundhedsassistent, ergoterapeut, fysioterapeut, talepædagog og neuropsykolog) er alle kvinder mellem 32 og 57 år. Fagpersonerne har været ansat i neurorehabiliteringscentret 3-13 år.

### *Klienten*

Klienten er en ung kvinde i 20'erne, der har gennemført en kort sundhedsuddannelse og derefter arbejdet med ældre mennesker. Klienten har pådraget sig alvorlige følger af iltmangel efter hjertestop. Efter længere tid på en højt specialiseret sygehusafdeling blev hun indskrevet i neurorehabiliteringscentret til videre rehabilitering.

Forløbet i neurorehabiliteringscentret varede 5 måneder. Klientens egne forventninger til opholdet var at kunne bruge sine arme igen (bl.a. selv kunne spise med gaffel), komme til at gå samt at kunne gøre sig forståelig i samtaler. På sigt håbede hun at kunne komme hjem og bo. Under forløbet udviste klienten generelt indsigt i egen situation, gode samarbejdsevner og koncentration under målrettede aktiviteter, og hun var i stand til at give udtryk for egne behov.

Hun havde under alle dagligdagens aktiviteter behov for omfattende fysisk støtte fra 1-2 personer. Det var vanskeligt for hende at bringe både fødder og hænder i hensigtsmæssige udgangsstillinger, og hun brugte kørestol, som hun havde brug for hjælp til at komme omkring med.

Klientens hovedproblemer var: Omfattende udtalevanskeligheder (dysartri), og det var meget anstrengende for hende at tale. Tetraparese (lammelser i alle 4 ekstremiteter) betød, at hun havde svært ved at bevæge sig, og hendes koordination var påvirket. Hun led desuden af smerter og havde visuelle vanskeligheder og kunne kun se konturer af personer og genstande.

### *Teamstruktur*

I miniteamet var der en social- og sundhedsassistent, der ud over at være plejeansvarlig også havde kontaktpersonrollen sammen med en supplerende kontaktperson fra plejepersonalet fra aftenvagten. Ergoterapeuten tog sig primært af udredning og tiltag vedrørende aktivitetsudførelse, mens fysioterapeuten tog sig af udredning og tiltag vedrørende krop og bevægelse. Socialkonsulenten var ansvarlig for koordinering af kontakter og møder, støttede i forhold til sociale og fremtidige forhold. Neurologen var ansvarlig for stuegang, medicinering samt opfølgning. Desuden var der en talepædagog som primær ansvarlig for udredning og tiltag vedrørende kommunikation. Neuropsykologen var primær ansvarlig for udredning, samtaler og tiltag vedr. kognitive og emotionelle vanskeligheder. Pædagogen igangsatte og muliggjorde deltagelse i fælles aktiviteter. Fagpersonerne samarbejdede desuden om at varetage fælles opgaver ud over de primære. Det centrale var, at alle fokuserede på klientens ønsker og den prioriterede målsætning.

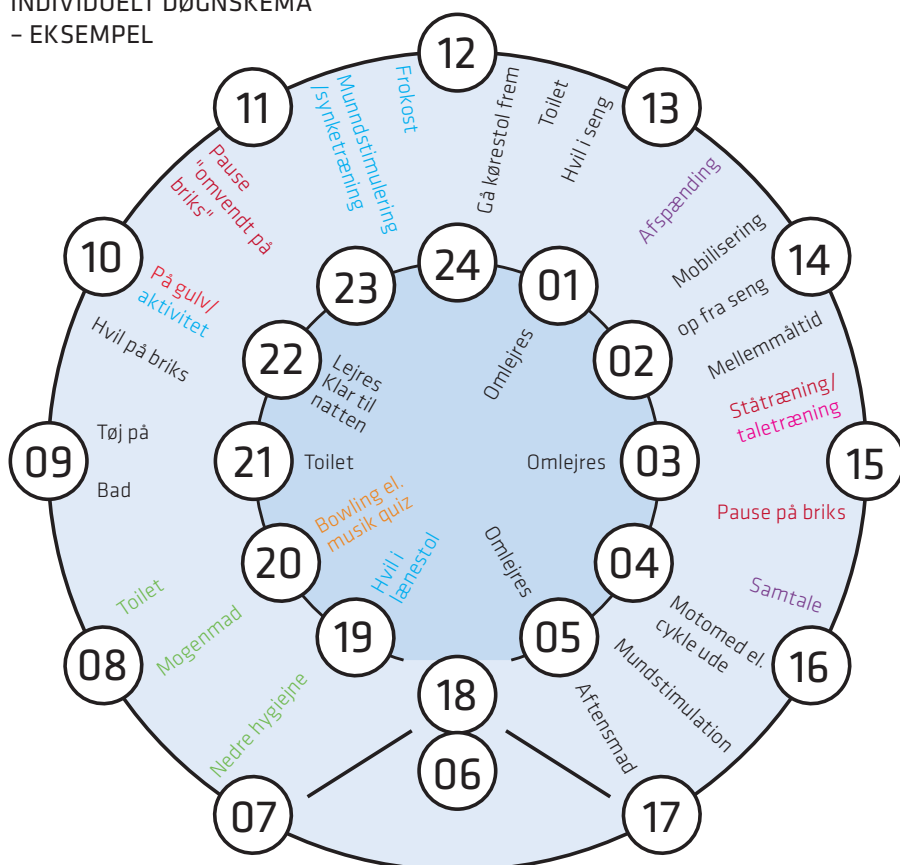
### *Tilrettelæggelse af samarbejdet*

Alle hverdagens aktiviteter og træning blev noteret i et døgnskema. Aktiviteterne tog udgangspunkt i de prioriterede mål og klientens behov, og det var miniteamet, der afgjorde, hvordan aktiviteterne skulle struktureres både ift. indhold, sammenhæng og varighed.

Udvalgte aktiviteter blev primært varetaget af en bestemt fagperson med en specialiseret indsats, med baggrund i den monofaglige ræsonnering og behandlingsplan. Disse aktiviteter blev i døgnskemaet farvekodet alt efter, hvilken fagperson der stod for aktiviteten: pleje (grøn), fysioterapeut (rød), ergoterapeut (blå), talepædagog (pink), neuropsykolog (lilla), pædagog (orange). De øvrige aktiviteter (sort) blev fordelt ud fra det personale, der var på arbejde den pågældende dag. Aktiviteterne og kodningerne kunne variere fra dag til dag. De fælles opgaver blev løst ud fra tværfaglige anvisninger (et skriftlig dokument – kaldet ”Håndtering”), som blev udarbejdet af miniteamet, bl.a. forflytninger, måltider, morgentoilette, kommunikation m.m. Fag-



## INDIVIDUELT DØGNSKEMA - EKSEMPEL



**Figur 2.** Figuren viser alle døgnets aktiviteter illustreret som en urskive med farvekodninger for de forskellige professioner: pleje (grøn skrift), fysioterapeut (rød skrift), ergoterapeut (blå skrift), talepædagog (pink skrift), neuropsykolog (lilla skrift), pædagog (orange skrift). Aktiviteter med sort skrift varetages af alle.

personerne superviserede og underviste hinanden i de anvendte tværfaglige koncepter og metoder (bl.a. Affolter-modellen®, Bobath-konceptet, F.O.T.T.®).

Socialkonsulenten og neurologen havde ikke aktiviteter på døgnskemaet, men var ansvarlige for sideløbende rehabiliteringsopgaver blandt andet kommunikation med pårørende og kommunale samarbejdspartnere om fremtidige forhold samt medicinjusteringer.

Socialkonsulenten og neurologen deltog desuden på miniteammøderne sammen med resten af teamet, hvor der blev evalueret på mål og tiltag samt orienteret om andre vigtige aspekter for rehabiliteringsforløbet.

### Resultat

På baggrund af interviewene uddybes to indsatsområder for at give et indblik i det daglige tværfaglige samarbejde omkring klienten samt fagpersonernes oplevelse af samarbejdet.

#### Indsatsområdet Spise og drikke

Med udgangspunkt i klientens eget mål (bl.a. selv at kunne spise med gaffel) havde teamet fokus på flere aspekter omkring det ønskede mål. Der var både det ernæringsmæssige, selve bearbejdningen af føden, synkefunktionen, siddestillingen og inddragelse af hænderne. Disse var udgangspunkt for fælles dialog, fælles målsætning

## TVÆRFAGLIG HÅNDBTERING - MÅLTIDER

Dato	Nr.
03.12.13	5
Signatur	
XX/XX/XX	
MÅL	
Selvstændig føre gaffel til munden. Tygge og synke med lukket mund	
FOKUSOMRÅDER	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Siddestilling</li> <li>Aktiv deltagelse</li> <li>Mundlukke og effektivt synk</li> </ul>	
UDGANGSSTILLING	
Billede af pt. siddende ved bord..	
Vigtigt at maven er i kontakt med bordkant. Underarme helt inde på bordet. Begge fødder lige i gulv. Sæt evt. packs ml. ben og bord.	
SÆRLIGE FORHOLD	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Piller gives én ad gangen</li> </ul>	
HJÆLPEMIDLER	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gaffel med fortykket greb.</li> </ul>	
FORBEREDELSE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mundstimulering (se Håndtering) på egen stue.</li> <li>Personalet skærer maden ud.</li> </ul>	
KONSISTENSER	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Normale konsistenser</li> </ul>	
MÅLTIDET	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Frokost: 3-4 halve rugbrød, 2 glas vand</li> <li>Aftensmad: Normal portion, 2 glas væske</li> </ul>	
FREMGANGSMÅDE	
Til frokost og aftensmad: XX guides med højre hånd til at spise 2 halve stykker brød. Venstre underarm stabiliseres på bordet. Facilitér til "lang nakke", mundlukke og synk ved kæbe-kontrol-greb. Undgå at snakke under indtagelsen. Hvis XX spænder op, holdes en kort pause. Hvis pause ikke hjælper, overtager personalet efter aftale med XX.	

**Tabel 1.** Tabellen viser et eksempel på informationer til de samarbejdende fagpersoner omkring vigtige dagligdags funktioner, således at alle kan bidrage til klientens målopnåelse.

og fælles evaluering. Både plejen, ergo- og fysioterapeut foretog observationer under måltiderne og udredte problemområderne nærmere. Teamet delte løbende erfaringer og udvekslede ideer, for at muliggøre aktiv deltagelse og målopnåelse.

**SOSU-assistenten:** *Jeg havde særlig opmærksomhed på, om klienten fik tilstrækkelig ernæring og væske. Jeg talte meget med både ergo- og fysioterapeuten om, hvordan vi bedst kunne støtte klienten under måltidet, så vi samtidig sikrede, at hun havde kræfter nok til at indtage den nødvendige ernæring. På et tidspunkt var vi ikke helt enige om, hvorvidt det krævede for meget afhende at spise med i fællesskabet i dagligstuen, eller om hun skulle spise alene på egen stue. Jeg drøftede muligheden for at spise på egen stue med klienten, og løsningen blev et kompromis, hvor hun spiste morgenmaden på egen stue og frokost og aftensmad i dagligstuen. Det var godt, at aftenvagterne på skift var med til team-møderne, fordi de også havde mange gode observationer og ideer. Jeg oplevede, at der var respekt for mine ideer og de plejefaglige argumenter. Flere gange justerede vi i fællesskab "Håndteringen". F.eks. opdagede jeg, at klienten var mere koncentreret og kunne deltage mere aktivt med spisningen og i længere tid, når jeg undlod at smalltalke med hende under måltidet. Det nævnte jeg på teammødet, og flere sagde, at det ville de have mere fokus på, og jeg førte det ind i "Håndteringen". Jeg oplevede flere gange, at jeg kunne bruge min erfaring fra andre klientforløb og på den måde bidrage med meget til det tværfaglige samarbejde.*

Ergoterapeuten var ansvarlig for at undersøge forhold vedrørende ansigt, mund og svelg (Facial Oral Tract Therapy/F.O.T.T.®). Hun vurderede på baggrund af sin undersøgelse, at klienten forud for måltiderne havde behov for mundstimulation med særligt fokus på at kunne lukke munden og synke effektivt. Til dette udarbejdede hun en "Håndtering", som alle fagpersoner kunne følge, når de skulle hjælpe klienten ved måltiderne.

Ergoterapeuten vurderede, at klienten også havde behov for mere specifik træning

af de orale funktioner, og valgte derfor, at der skulle være specifik træning (F.O.T.T.®) forud for frokosten tre gange om ugen ved ergoterapeut.

**Ergoterapeuten:** *Min udfordring i forbindelse med måltiderne var at støtte klienten til aktivt at føre gaflen til munden. Jeg syntes, det var svært at afgøre, hvilken hånd det var bedst at guide, og svært at få den anden hånd til at forblive stabil. Det var fysioterapeuten, der havde foreslået i "Håndteringen", at det skulle være guiding af højre hånd, og hvordan venstre skulle stabiliseres på bordet. Det endte med, at jeg gik sammen med fyssen til et måltid, og så hvordan hun støttede klienten. Det afgørende var at støtte klienten i at sidde mere fremadrettet i tæt kontakt med bordet, hvorefter det lykkedes meget bedre, både at stabilisere venstre arm og guide højre med gaflen. Vi tog sammen nogle billeder, så det kunne fremgå mere klart i "Håndteringen", hvordan klienten skulle sidde, og hvordan hun præcist skulle støttes.*

På et tidspunkt i forløbet observerer flere i teamet, at den fysiske terapi havde en positiv effekt på måltiderne. Når klienten for eksempel om formiddagen havde været til rideterapi, var blevet guidet intensivt efter Affolter-modellen eller havde trænet stående med gipsskinner bag på begge ben, havde hun efterfølgende en mere aktiv siddestilling og sad mere opret og i længere tid uden at falde sammen. Hun var desuden i stand til at holde munden lukket, når hun tyggede og sank maden.

**Fysioterapeuten:** *Jeg blev rigtig glad, da jeg hørte, hvordan den fysiske træning havde effekt for klienten også efter træningen og i forhold til andre funktioner. Jeg valgte at fyskode et par måltider for selv at gøre observationer, og for at vi sammen kunne øge kravene under måltiderne. Desværre viste det sig, at der også var mange gange, hvor hun var blevet så træt efter træningen, at hun slet ikke havde kræfter til at være aktiv under måltidet. Vi snakkede om vores observationer på et teammøde og blev enige om, at klienten skulle have et kort hvil inden måltidet, samt, at det skulle skrives ind i "Håndteringen", hvordan kravene under*

*måltidet kunne tilpasses, når klienten var træt. Det er rigtig godt, at så mange byder ind med deres observationer og ideer til team-møderne, men også at vi kan snakke om det fra dag til dag i afdelingen. Det bliver accepteret, at der træffes afgørelser også uden om teammøderne. Det giver en større fleksibilitet. Det kræver dog også en stor tillid til hinanden.*

#### *Indsatsområdet Kommunikation*

Kommunikation var et tværfagligt indsatsområde med udgangspunkt i klientens mål omkring at få en mere forståelig og ikke så anstrengende tale. Det var vanskeligt at inddrage alternative kommunikationshjælpemidler, da klienten ikke kunne bruge hænderne til at betjene dem og havde visuelle vanskeligheder. Det var vigtigt, at alle i teamet støttede og udfordrede klienten talemæssigt i forbindelse med hverdagens aktiviteter. Talepædagogen udarbejdede en "Håndtering" med gode råd til, hvordan personalet bedst muligt kunne støtte klienten på dette område.

**Talepædagogen:** *Jeg husker flere gange, hvor fysioterapeuten henvendte sig til mig og spurgte, om jeg ikke havde mulighed for at gå med ind til den fysioterapeutiske træning. Jeg syntes, det var rigtig godt at arbejde med klienten i disse mere spontane situationer. Jeg husker, at jeg også var med ude på trappen, hvor fysioterapeuten havde arbejdet med klienten ned ad trappen med noget Affolter-terapi, og her havde vi virkelig meget sjov ud af taletræningen, da det kunne runge i hele opgangen. I starten af forløbet var det faktisk kontaktpersonen (pleje), der kom med ideen om, at klienten kunne støve sig gennem ordet, når hun i situationer var for svær at forstå, og kroppen spændte op, og hun dermed bare blev endnu sværere at forstå. Det skrev jeg så ind i "Håndteringen".*

#### *Oplevelsen af samarbejdet*

Under interviewene kommer der mange udsagn om samarbejdet i teamet. Der er enighed om, at der bliver lyttet til alle, og at alle er engagerede i de fælles mål og tiltag, der er besluttet. Der er desuden en god kommunikation både i forbindelse med møderne og i dagligdagen på afdelingen.



**SOSU-assistenten:** Når vi er flere, der kommer til at kende klienten så godt, udspringer der mange flere ideer. Det er godt med forskellige tiltag fra alle faggrupper. Vi havde meget erfarings- og vidensudveksling i dagligdagen, bl.a. på kontoret, i fællesarealerne og i pauserne. Det kunne dog godt betyde, at man ofte oplevede ikke at have pauser og dermed mindre mulighed for at snakke om mere private ting, hvor man kan lære sin kollega bedre at kende.

**Neuropsykologen:** Jeg er overbevist om, at det var fællesskabet, der gjorde det lettere at bære den svære og tunge skæbne. Jeg oplever, at tværfaglighed giver arbejdsmæssig energi. Tværfagligheden højner behandlingskvaliteten hos alle faggrupper. Vi havde et fælles projekt og dermed et fælles ansvar; det var med til at højne kvaliteten i behandlingen. Når jeg var i afdelingen på fælleskontoret eller sammen med personalet i pauser, lyttede jeg meget efter, hvad de oplevede omkring klienten.

**Fysioterapeuten:** Flere øjne på klienten var med til at give et mere helhedsorienteret billede. For mig er det afgørende, at der arbejdes tværfagligt og målrettet i alle døgnets 24 timer, og at det er et koncept, alle er bevidste om. På den måde lærte vi meget mere om klienten og hendes ressourcer og problemer. Den tværfaglige tilgang betød, at der kunne trænes på mange niveauer og problematikker på samme tid. Jeg kom dermed længere med klienten på eget fagområde. Det er først, når jeg på den måde har et helhedsbillede af klienten, at det bliver muligt at være specifik og målrettet i egen faglighed. Mængden af ideer var stor, og alle bød ind med måder at løse klientens problemer på.

**Ergoterapeuten:** Team møderne var prægede af, at alle var engagerede i at finde løsninger rettet mod klientens mål, og ikke af ”runder” med, hvor langt hver fagperson er nået. Det synes jeg, kendetegner vores samarbejde. Jeg oplevede, at når der samarbejdes på den måde, giver det en bredere forståelse for hele klientens situation.

**Talepædagogen:** Ens egen faglighed bliver

udvidet på grund af input fra de andre faggrupper. Det tværfaglige samarbejde udvider de faglige grænser. Det kan også betyde en fare for, at man mister noget af sin faglighed i et så tværfagligt samarbejde, især hvis man tilhører en lille faggruppe. Så det kræver en ekstra indsats at holde fast i fagligheden og være ekstra skarp i sine faglige argumenter. Mange af de ting, man lærer af de andre, kan bruges direkte i ens egen faglighed.

## Diskussion

### Metodediskussion

Casen er en retrospektiv beskrivelse, hvilket betyder, at der ved udarbejdelsen af rapporten allerede var en bevidsthed om, at denne case beskriver et meget komplekst forløb, der stillede store krav til samarbejdet. Fordelen ved at vente med at beskrive forløbet og samarbejdet i temaet omkring klienten, til efter det er foregået, er, at man undgår, at det øgede fokus på teamsamarbejdet går ind og påvirker det. En prospektiv beskrivelse kunne dog have givet en større detaljeringsgrad<sup>9</sup>. Interviewene blev ikke optaget, hvilket kunne have givet mulighed for en mere præcis fremstilling og analyse af data. Noterne til interviewene blev renskrevet lige efter interviewene og bearbejdet umiddelbart efter. På dette tidspunkt fik de interviewede mulighed for at gennemlæse og kommentere interviewene. Forfatteren havde ingen rolle i relation til klientens forløb.

### Resultatdiskussion

#### Det tværfaglige niveau

Karol fremhæver det transdisciplinære niveau af samarbejde som det mest ønskelige og derfor også som ”Guld Standard” indenfor neurorehabilitering<sup>5</sup>. I casen mener vi, at dette niveau af samarbejde blev opnået. Argumenterne for dette gennemgås i det følgende: Indsatsområderne i denne case havde udgangspunkt i klientens helheds-situation og var ikke et område som én fagperson ”ejede”. Alle havde fokus på at hjælpe klienten bedst muligt med udgangspunkt i klientens mål, behov og ressourcer. Ingen fagpersoner blev anset for vigtigere end andre, og alle bød ind med ideer og indsatser. Indsatsområderne blev integreret i den fælles ”Håndtering”, og de forskellige fagper-

soners specialistkompetencer blev udnyttet til at udarbejde dem. Det blev anset som et fælles ansvar, at klienten udviklede sig. Flere fagpersoner var ofte sammen omkring klienten, hvilket betød, at man havde et bedre udgangspunkt for fælles drøftelser og for at finde fælles indsatser. Teammedlemmer var fælles om opgaveløsningen. Det høje samarbejdsniveau kræver ifølge Karol god kommunikation alle teammedlemmerne imellem, hvilket også blev understøttet af de fysiske rammer. Miniteamet gav udtryk for, at de havde meget erfarings- og vidensudveksling i dagligdagen, bl.a. på kontoret, i fællesarealerne og i pauserne.

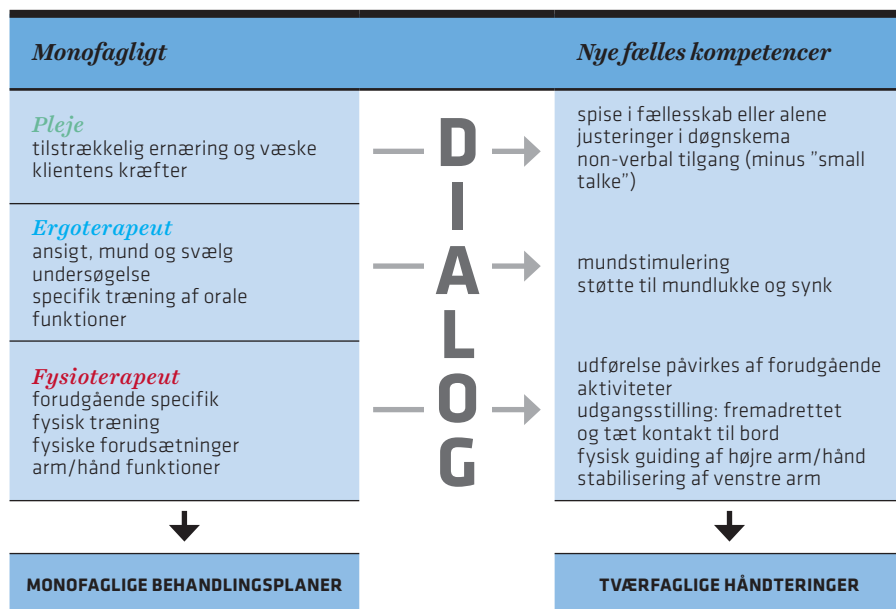
Der var blandt teammedlemmerne en anerkendelse af de andres faglige ekspertise. Team møderne var ikke prægede af ”runder”, hvor hver fagperson gjorde status, derimod var indsatsområdet og målet hele tiden om-drejningspunktet.

Organisatoriske tiltag som for eksempel ”døgnskemaet” sikrede, at klientens problemer blev adresseret hele døgnet ud fra den erkendelse, at for eksempel kommunikationsproblemer ikke kun viser sig, når talepædagogen er til stede, eller at behovet for at træne stående funktion ikke kun er relevant i træningssalen med fysioterapeuten osv.

Ifølge Karol<sup>5</sup> er nogle af forcerne ved teamsamarbejdet, at det ikke er isolerede problemer og delmål, der fokuseres på, men nødvendigheden af sammenhængende mål for, at en fremtidig og sammenhængende tilværelse kan opnås. Her bør klientens oplevede problemer ansues i en sammenhæng i dagligdagen. F. eks. som i indsatsområdet omkring spise og drikke, hvor det var nødvendigt at have fokus på sammenhængen mellem ernæring, siddestilling, synkefunktion, forudgående aktivitet og udtrætning som afgørende aspekter for at opnå så højt et funktionsniveau og oplevelse af egenkontrol i forbindelse med måltider.

På det transdisciplinære niveau er der den højeste grad af fokusering på klienten frem for fokusering på, hvad den enkelte profession kan bidrage med. Karol pointerer betydningen af at inkludere klienten som teammedlem og som aktiv i kommunikation og beslutningstagen. Niveaue af integrationen kan afhænge af klientens kognitive og adfærdsmæssige formåen. For at sikre

## FÆLLES KOMPETENCER (INDSATSOMRÅDET SPISE OG DRIKKE)



**Tabel 2.** Tabellen viser, at der bliver skabt flere tiltag med den løbende dialog. Både egne og fælles kompetencer videregives fra et klientforløb til det næste. Dermed udvides både egne og fælles kompetencer.

kommunikationen med klienten kan der afholdes korte møder, der er tilpasset klientens mulighed for deltagelse. I neurorehabiliteringscentret er der formelt kun møder med klienten ved indskrivning og opfølgning efter et par uger. Senere i forløbet afholdes et større planlægningsmøde med klienten og en ekstern samarbejdspartner. På miniteammøderne hver 2. uge deltager klienten ikke. Klienten inddrages i dialog i dagligdagen, men spørgsmålet er, om det bliver gjort tilstrækkeligt, når det ikke er organiseret mere formelt.

Samarbejdet kan ifølge nogle beskrivelser af det transdisciplinære niveau komme til at betyde, at faggrænserne udviskes, og spørgsmålet er, om det kan blokere for noget af den energi og særlige ekspertise, der er inden for det enkelte fagområde<sup>6,8</sup>. Dette fremgår dog ikke af interviewene, hvor der gives udtryk for samarbejdsformens fordele: F.eks. at eget fagområde styrkes, og at der opnås en bredere forståelse for klienten, som gør det muligt at blive mere specifik og målrettet inden for sin egen faglighed og at egen faglighed dermed udvides. Samarbejdet giver altså mulighed for udvikling af kompetencer, der rækker ud over egne

faglige kompetencer. Der stilles dog krav til, at man holder fast i egen faglighed og er ekstra skarp i sine faglige argumenter.

### Fælles tid og rum som ramme

Just & Nordentoft<sup>4</sup> understreger, at der i det tværfaglige samarbejde ud over hyppig og relevant kommunikation også kræves fælles organisering i tid og rum. Fælles tid og rum kan have betydning for, hvor forpligtende et fællesskab der dannes, og det antages, at fælles rum gør det lettere at etablere et tværfagligt praksisfællesskab med en fælles opfattelse af opgaver, ansvar, fælles metoder, arbejdsrutiner og sprog og en gensidighed. De personlige relationer mellem de mennesker, der skal samarbejde, har stor betydning for, hvordan arbejdet lykkes, men er ofte en undervurderet faktor. Et gensidigt engagement mellem praksisfællesskabets medlemmer har betydning for, hvordan gruppen er i stand til at forhandle, hvilke opgaver der skal varetages, og hvorledes fælles faglige kompetencer udvikles. Idealet om ligeværdighed bliver let til en tom floskel, hvis der ikke afsættes tid og rum til, at dette ideal kan realiseres.

Alle fagpersoner er til stede i Neuroreha-

biliteringscentret, og der er fælles og åbent kontor samt fælles pauserum, hvilket giver mulighed for løbende dialog og hurtig problemløsning. De interviewede oplever, at hverdagen er præget af erfarings- og vidensudveksling. Det findes desuden vigtigt, at neuropsykologen og talepædagogen er til stede i afdelingen, så de andre fagpersoner kan inddrage deres observationer i de daglige aktiviteter med klienten. Mødetidspunkterne for de forskellige teammedlemmer overlapper, hvilket fremmer kommunikation mellem dag- og aftenpersonale.

### Samarbejdet

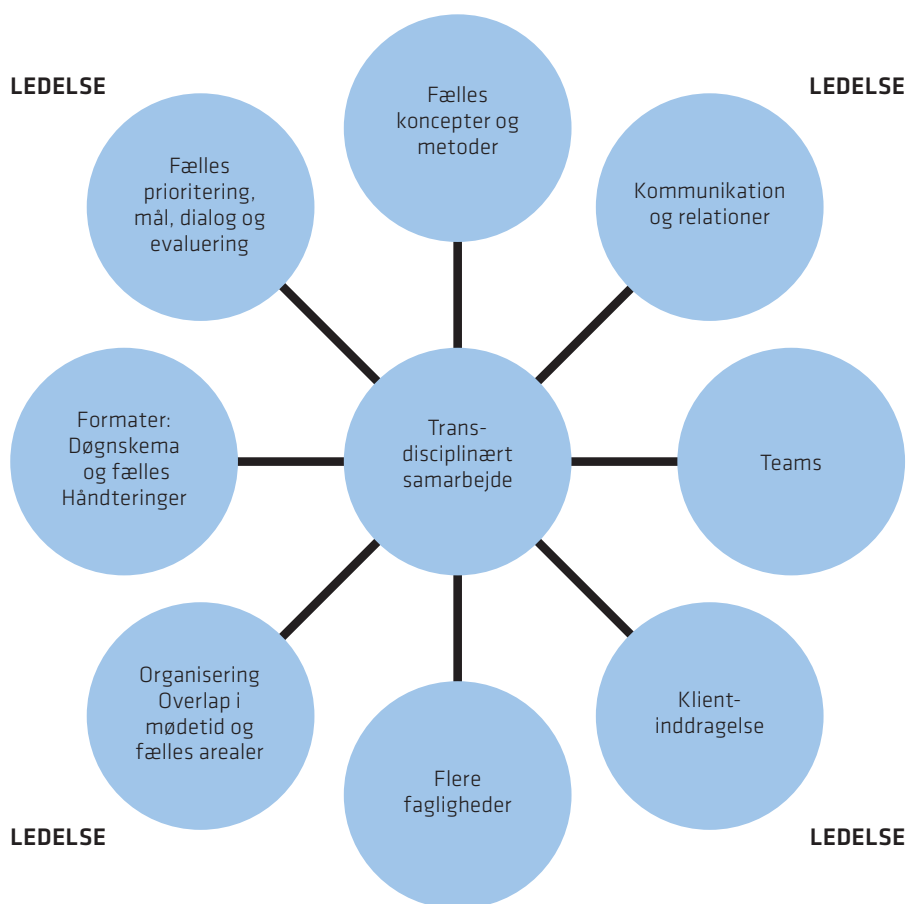
Casen giver eksempler på fælles koordinering og kommunikation i et team omkring en klient i et neurorehabiliteringscenter. Netop koordinering og kommunikation har ifølge Gittel en signifikant betydning for den samlede produktivitet, kerneydelsens kvalitet samt de ansattes arbejdsglæde<sup>7</sup>. For eksempel oplever social- og sundhedsassistenten, at hendes observationer og ideer altid bliver imødekommet og inddraget i de fælles håndteringer.

De interviewede fremhæver, at der er gode rammer for at kommunikere. Det er ➡



## TRANSDISCIPLINÆR SAMARBEJDSMODEL INDEN FOR NEURO-REHABILITERING

**Figur 3.** Elementer, der har betydning for, at det transdisciplinære samarbejde kan lykkes. Alle elementer understøttes af ledelsen.



muligt at drøfte problemerne på det rette tidspunkt og med de rigtige personer, og at der kommer mange flere ideer, når teamet lærer klienten at kende, og alle bidrager til at løse problemer, der rækker ud over den specifikke faglige viden.

Ifølge Gittell styrkes relationerne gennem fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. I casen er teammedlemmerne fokuserede på de fælles mål med udgangspunkt i klientens ønsker og behov. De andre teammedlemmers udførelse har indflydelse på egen udførelse, og omvendt har egen udførelse indflydelse på de andres, hvilket har betydning for det samlede resultat af indsatsen. Der gives flere gange udtryk for en gensidig respekt og tillid, og at der er lyst til aktivt at kommunikere og koordinere med hinanden på tværs af professioner.

I den relationelle koordinering er det vigtigt at afklare, hvordan organiseringen og samarbejdet fremmes. I Neurorehabiliteringscentret er arbejdsprocessen identificeret som en proces, hvor kvalitet

og produktivitet styrkes i det tværfaglige samarbejde. Der er dermed etableret rammer og retninger for en proces, der muliggør relationel koordinering.

Afslutningsvis kan alle de beskrevne elementer, der havde betydning for det tværfaglige samarbejde i denne case omkring neurorehabilitering illustreres med ovenstående figur.

### Sammenfatning

Denne case beskriver et tværfagligt samarbejde på et højt integreret niveau og med baggrund i en hensigtsmæssig organisering af arbejdsopgaver og processer. I casen beskrives de organisatoriske rutiner og skriftlige formater, der understøtter det integrerede samarbejde.

Det er vigtigt fortsat at have fokus på, hvordan det tværfaglige samarbejde udspiller sig og sikre, at det fortsat udvikles. Derfor kunne det være interessant at se nærmere på de ansattes forståelse for samarbejdsformen og eventuelle forskelle i de forskellige teams.

Udforskningen af samarbejdet kunne gøres med en serie af caserapporter med både interviews og observation.

I det tværfaglige samarbejde på det transdisciplinære niveau er det vigtigt og nødvendigt, at ledelsen støtter op om samarbejdet. I en tid med en tendens til kortere forløb samt store krav til evidensbaserede interventioner og dokumentation kan der være risiko for, at det tværfaglige samarbejde nedprioriteres. Det er nødvendigt, at ledelsen støtter, faciliterer og løbende evaluerer det tværfaglige samarbejde<sup>4,5</sup>. Det er ligeledes vigtigt at sikre, at personalet har forståelse for, hvilke værdier der ligger til grund for, og som kræves i samarbejdet på det transdisciplinære niveau. Det kræver undervisning i samarbejdsformen samt opmærksomhed på, om de gensidige forventninger indfries. ●

📄 En komplet litteraturliste kan downloades fra [fysio.dk/Fysioterapeuten](http://fysio.dk/Fysioterapeuten)