

# Kampen om tværsamarbejdet

*Sine Lehn-Christiansen*

Ønsket om at styrke samarbejdet på tværs af faglige skel og organisatoriske opdelinger kan identificeres som en tydelig dagsorden i de velfærdsstatslige institutioner og i særdeleshed i det danske sundhedsvæsen. Her ses et styrket tværsamarbejde som en væsentlig nøgle til forbedring af kvaliteten i kernopgaven og til i højere grad at sætte borgeren i centrum for de professionelle arbejder. Men selvom der synes at være enighed om, at mere og bedre samarbejde på tværs er en god ide, er der langt fra enighed om, hvad det forbedrede samarbejde skal indebære, og hvordan det skal føres ud i livet. Der tales ofte om, at tværsamarbejdet præges af stor begrebsforvirring. Denne artikel viser, hvordan der reelt er tale om flere divergerende diskurser, der kurssætter det tværgående samarbejde på måder, der vil give de professionelle forståelsen af kerneopgaven og inddragelsesperspektivet meget forskellige vilkår. Artiklen tager udgangspunkt i en række centrale begreber; tværprofessionelt samarbejde, relationel koordinering og samskabelse. Det diskuteres, hvordan de diskurser, begreberne på forskellig vis knytter an til, trækker på forskellige problemforståelser, og hvordan de som følge heraf opererer med meget forskellige målsætninger for en styrkelse af samarbejdet på tværs.

## Mere og bedre tværsamarbejde

Ønsket om at forbedre sundhedsvæsenet gennem et fokus på det tværgående samarbejde er blevet stadigt mere tydeligt i årene efter årtusindskiftet. I 2013 var visionen for SR-regeringen et 'sammenhængende' sundhedsvæsen, med "mere borger og mindre patient" (Regeringen 2013). Denne ambition kaldte, ifølge daværende sundhedsminister Astrid Krag, på "et opgør med traditionelle myndigheds- og faggrænser". Krag ønskede en nedbrydning af "barrierer for samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praktiserende læger, og det kræver, at vi fordomsfrit ser på, hvor og hvordan opgaven løses bedst til gavn for borgeren" (Regeringen 2013, 7). Men også den nuværende V-regering har i sam-

arbejde med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti fokus på styrkelse af det tværsamarbejdet. Dette ses fx i en ny national handlingsplan for forbedring af indsatsen for ældre, medicinske patienter. Heri anfører ministeriet, at ældre medicinske patienter skal "mødes af et sundhedsvæsen, der samarbejder på tværs af sektorer og på tværs af faggrupper om at yde sundhedsfaglig pleje og behandling af ensartet høj kvalitet" (Sundheds- og ældreministeriet 2016). Planen følges op af midler, der bl.a. kan anvendes til kompetenceudvikling hos de professionelle.

Behovet for at styrke samarbejdet på tværs af faglige og organisatoriske skel er ikke noget hverken nuværende eller

forrige regering har fundet på. Allerede i 1955 udkom en svensk lærebog til sygeplejerskeuddannelsen med titlen *Samarbejde i Sundhedens Tjeneste* (Janzon 1964), der fokuserede på at lære kommende sygeplejersker at "gennemføre et intensivt samarbejde med de forskellige instanser for at undgå en kostbar og i mange tilfælde uhensigtsmæssig rutine" (Janzon 1964, 10). Langt det meste sundhedsfaglige arbejde har siden hospitalets opståen involveret samarbejde med 'de andre' – men opmærksomheden på at styrke samarbejdet er stigende. I den netop tiltrådte 2016-reform af de mellemlange sundhedsuddannelser har kompetence til tværsamarbejde således også fået et løft.

Når opmærksomheden på det tværgående samarbejde synes at præge den sundhedspolitiske dagsorden i disse år (Danske Regioner 2012; KL 2012; 2014; Sundhedskartellet 2014; WHO 2010), kan det ses som et modsvar på, at folkesundheden og sundhedsvæsnets evne til at håndtere den står overfor en række gennemgribende udfordringer. Den demografiske situation er under forandring. Der bliver stadig flere ældre, samtidig med at der bliver færre borgere i den arbejdsdygtige alder. Dette forventes at få konsekvenser både for sundhedsvæsnets finansieringsgrundlag og for antallet af sundhedsprofessionelle fremover. Befolkningens sygdomsbillede er ligeledes under forandring som følge af den ændrede demografi med flere kronisk og multisyge borgere. Multisygdom stiller større krav om samarbejde på tværs af kliniske specialer og behandlingssteder (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen 2014).

Sundhedsvæsenet er som følge af *Sundhedsloven* fra 2006 omfattet af en igangværende omstrukturering, der indebærer rekonfigurering af ansvarsområderne med etablering af nye akut-sygehuse, sammenlægning og lukning af mindre enheder og dermed etableringen af nye grænseflader

grundet stadige omorganiseringer (Wandel & Freil 2014). Et tredje forhold, der kalder på et styrket samarbejde på tværs, handler om den øgede faglige specialisering (Albertsen, Jeppesen & Hvenegaard 2012; Kamp & Dybbroe 2015) samt stigende ulighed i sundhed (Diderichsen et al. 2011; Lehn-Christiansen et al. 2016). Ønsket om at styrke samarbejdet på tværs kan således ses som et forsøg på at skabe et bolværk i et sundhedsvæsen under pres af indre såvel som ydre forandringer.

## Teoretisk og metodisk tilgang

Formålet med nærværende artikel er at give et indblik i de aktuelle diskurser, der præger tværsamarbejdet på sundhedsområdet i Danmark, og at diskutere, hvordan disse kan ses som et udtryk for igangværende kampe om, hvordan denne praksis skal udvikle sig, og hvilke implikationer de forskellige diskurser kan tænkes at få for de professionelle, deres arbejdsliv og for mulighed for at løse de opgaver, de stilles overfor. Jeg forstår *tværsamarbejde* som en social praksis, der både er formet og formes af en praktisk hverdag, hvor opgavernes karakter og vilkårene for arbejdet har omfattende indflydelse på, hvordan det overhovedet er muligt at samarbejde - og som en ideologisk, diskursivt formet praksis, hvor italesættelser af tværsamarbejde som en efterstræbelsesværdig arbejdsform også har indflydelse på både udviklingen af denne praksis og på, hvordan man som professionel forstår sig selv og de samarbejder, man indgår i (Lehn-Christiansen 2016).

Denne forståelse understøttes af artiklens metodologiske afsæt, der er inspireret af Faircloughs diskursanalytiske tilgang (Fairclough 1992), som netop betoner, at den sociale praksis både er diskursivt konstitueret og materialet forankret. Det er således en pointe, at den sociale praksis, som

er i fokus i denne artikel - foruden tekster om, hvad tværgående samarbejde er, og hvordan det kan forbedres - også konstitueres af arbejdets særegenhed og de institutionelle rammer, som samarbejdet er indlejret i. Fairclough opererer med tre dimensioner, der alle føder ind i en samlet analyse af, hvordan diskurs og social praksis gensidigt former hinanden og dermed producerer og understøtter nogle handlemuligheder for aktørerne i denne praksis, mens andre fremstår mindre åbne eller helt lukkede<sup>1</sup>. Første dimension i analysen udgøres af en lingvistisk inspireret analyse, bl.a. af hvordan teksten etablerer forbindelser mellem aktører og handlinger, og hvordan den forbinder sig til og investerer i sine udsagn, bl.a. ved at se på brugen af stærke/svage verber samt adverbier. Den anden dimension undersøger processerne omkring tekstproduktion, -distribution og -fortolkning, mens den tredje dimension sigter mod den sociale praksis og indebærer analyse af de institutionelle eller organisatoriske omstændigheder i relation til de identificerede diskurser (Fairclough 1992).

En andet træk ved Faircloughs tilgang, som jeg er inspireret af, er den intertekstuelle dimension, som synes særligt relevant netop i relation til tværsamarbejde, idet jeg i tidligere studier af området har konstateret, at de samme typer af argumenter for, hvorfor samarbejdet skal styrkes, kan genfindes på tværs af tekstgenrer (Lehn-Christiansen 2016). Intertekstualitetsbegrebet henviser til, at tekster ofte trækker på andre tekster, idet der direkte (manifest intertekstualitet) eller indirekte henvises til andre tekster (interdiskursivitet). På den måde indskriver tekster sig i allerede etablerede intertekstuelle kæder (Fairclough 1992). Tekster kan herved forandre betydningen af tidligere tekster og fungere som rekonstruerende af eksisterende konventioner, diskurser og sociale praksisser.

Sidst, men ikke mindst, anvender jeg begrebet diskursorden i forhold til i analysen af den sociale praksis, der hos Fairclough udgør en sidste og tredje dimension i analysen. Diskursordenen kan betragtes som den samlede mængde af diskurser inden for tværsamarbejde på sundhedsområdet. Her er det målet at undersøge, hvordan forskellige aktører med engagement og interesse i tværsamarbejde trækker på andre diskursordener, med det resultat at den eksisterende sociale praksis reproduceres eller transformeres (Fairclough 1992).

Analysen er i al væsentlighed koncentreret om tværsamarbejde i og omkring sundhedsvæsenet i Danmark. Det betyder, at analysen bygger på analyse af udvalgte tekster og tilgange til tværsamarbejdet, som jeg, gennem mit flerårige forskningsengagement i tværsamarbejde i sundhedsvæsenet og sundhedsuddannelserne, har identificeret som centrale, således forstået at de forståelser de repræsenterer både direkte og indirekte kan identificeres hos aktører på mange forskellige niveauer og med forskellige funktioner<sup>2</sup>. De fire diskurser, som jeg i det følgende præsenterer og analyserer, er således ikke kun et resultat af de tekstnære analyser, udført i forbindelse med nærværende artikel, men også af feltstudier og kontinuerlige drøftelser med aktører, der arbejder på tværs til dagligt, eller aktører, som på forskellig vis arbejder med at styrke tværsamarbejdet i de organisationer, hvor de arbejder. Artiklen afrundes med en diskussion af, hvilke implikationer de forskellige diskurser og kampen om dannelsen af et diskursivt hegemoni kan tænkes at få for en langsigtet udvikling af den sociale praksis.

## **Fire dominerende diskurser om tværsamarbejde**

I det følgende præsenteres fire centrale diskurser i tværgående samarbejde. Tabellen

nedenfor giver et overblik de diskurser, jeg har identificeret, og som vil blive analyseret og diskuteret i artiklen. Tabellen viser også, hvordan diskurserne kobler til forskellige begrebsætninger af det tværgående samarbejde; tværfagligt, tværprofessionelt samarbejde, relationel koordinering og samskabelse. Her er det en pointe, at der ikke er en entydig relation eller et 1:1-forhold mellem et enkelt begreb og en diskurs. Flere diskurser kan således udmærket anvende de samme betegnelser for tværsamarbejdet, uden at de af den grund betydningsudfylder begreberne på samme vis.

nuværende og kommende sundhedsprofessionelle kompetenceudvikles. Et dominerende fællestræk ved disse fire diskurser er deres normative karakter; de alle er optagede af at optimere tværsamarbejdet og bygger derved på forestillinger om tværsamarbejde som godt og efterstræbelsesværdigt. Denne tendens illustreres i citatet nedenfor, hentet fra en nyere, dansk antologi-artikel om ledelse i sundhedsvæsenet:

*”Et bedre samarbejde mellem faggrupperne – på tværs af diagnoser og faggrupper – kan sætte fokus på patientens komplekse behov*

Tabel 1. Aktuelle diskurser og begrebsætninger af tværgående samarbejde i sundhed

Diskursnavn	Tvær-begreber, diskursen knytter an til	Centrale diskursproducenter og aktører i DK	Målet for samarbejdet – ud over patientinddragelse
<b>Det lærende tværsamarbejde</b>	Tværfaglighed, interprofessionel læring, tværprofessionelt samarbejde	WHO, Professionshøjskolerne IPLS, Enkelte danske sygehuse	De professionelle læring
<b>Det demokratiserede tværsamarbejde</b>	Tværfaglighed, tværprofessionellitet	Repræsentanter for faglige grupper, professionshøjskolerne	Opdyrkning af nye samarbejdsrelationer og -former mellem professionelle med forskellige fagligheder og positioner ud fra et ønske om (mere) ligestilling mellem faglige perspektiver og øget fælles beslutningstagen
<b>Det organisationsoptimerende tværsamarbejde</b>	Relationel koordinering (RK), interprofessionelt samarbejde, tværfagligt samarbejde	Jody Gittell, IPLS, sygehuse, enkelte kommuner, konsulentvirksomhed	Organisationsudvikling med fokus på forbedret, målbar kvalitet i serviceydelsen gennem styrket opgavekoordinering med fokus på professionelle relationer og intern kommunikation
<b>Det radikalt grænseoverskridende tværsamarbejde</b>	Samskabelse, co-creation, collaborative practice	WHO, KL, Professionshøjskolerne	Løsning af fag- og sektoroverskridende problemstillinger og problemer, der opstår pga. ressourcemangler i velfærdsstaten med fokus på inddragelse af aktører fra civilsamfundet og markeds kræfter

De fire diskurser, jeg i det følgende vil løfte frem og diskutere, kan alle karakteriseres som aktuelle i og omkring det danske sundhedsvæsen. Med 'aktuelle' mener jeg, at de kan identificeres som kendte og anvendte af de aktører, der arbejder med at tilrettelægge, evaluere og løse kerneopgaven og i de videns- og uddannelsesinstitutioner, hvor

*og dermed på sygehusenes kerneopgave (...) Gennem relationel koordinering og IPLS – interprofessionel læring og samarbejde – kan sygehusene forbedre kvaliteten for patienterne, effektivisere ydelserne og skabe trivsel for medarbejderne” (Albertsen, Jepsen & Hvenegaard 2012, 84).*

Dette tekstuddrag illustrerer en række generelle træk ved den sociale praksis, som tværsamarbejde udgør. For det første viser det den i indledningen beskrevne tendens til at bruge forskellige samarbejdsbegreber overlappende og i flæng. I artiklen tales der i indledningen om 'relationel koordinering' og 'interprofessionel læring og samarbejde', men der benyttes også begrebet 'tværfaglighed' uden at skelne til eventuelle forskelle mellem disse. I en dansk kontekst synes der at være en tendens til, at begrebet inter-/tværprofessionelt samarbejde er ved at erstatte begrebet 'tværfagligt samarbejde', om end begge stadigvæk bruges. Professionshøjskolernes institutionalisering af begrebet tværprofessionelt samarbejde har også styrket dets udbredelse (Sauzet 2015). Citatet er ligeledes interessant, fordi det giver den handlende rolle til samarbejdet og til sygehusene. De fagprofessionelle positioneres sammen med patienterne, som dem, der kommer til at drage fordel af det forbedrede samarbejde. Denne sproglige fremstilling, hvor subjektpositionen tillægges organisationen, og de professionelle positioneres som de, der skal nyde godt af samarbejdet, er, som det illustreres i den kommende analyse, ikke altid givet, idet der kan identificeres forskellige svar på spørgsmålet om, hvem der har ansvar for og skal involveres i styrkelsen af det tværgående samarbejde i de forskellige diskurser. Til gengæld er citatet karakteristisk for den samlede diskursorden med hensyn til forhåbningen om, at det styrkede samarbejde skal patienter/borgere til gode.

### **Diskursen som det lærende tværsamarbejde**

Den første diskurs jeg vil præsentere handler om tværsamarbejdet som kontekst for potentiel professionel læring. De vigtigste diskursproducenter i dansk sammenhæng

er ikke overraskende professionshøjskolerne (Bagger, Lindahl & Sørensen 2014; Frederiksen 2016; Højholdt 2012; 2013) og Foreningen for Interprofessionel læring og samarbejde i Sundhedsvæsenet (IPLS), men den kan også identificeres internationalt, fx hos WHO (WHO 2010) og i forskningen (se fx Jacobsen, Hansen & Eika 2011; Pollard, Miers & Rickaby 2012; Reeves 2012). Denne diskurs accentuerer læringspotentialen i tværsamarbejdet, hvorved den sundhedsprofessionelle positioneres som en, der arbejder – ikke kun for at løse opgaverne, men også for at lære nyt. I denne udlægning af diskursen er det de professionelle, forstået som 'faggrupperne', der udgør de handlende aktører. Denne udlægning findes også hos Andy Højholdt, der som Lektor i professionshøjskole-regi har skrevet flere lærebøger om emnet. Højholdt er også eksponent for diskursen om det lærende tværsamarbejde. Højholdt skriver:

*"Tværprofessionelle læreprocesser handler kort fortalt om det fænomen, at professionelle i professionelle organisationer deltager i læreprocesser med henblik på at lære nyt og blive i stand til at agere mere kvalificeret i fremtiden på baggrund af denne læring"* (Højholdt 2016, 104).

Sprogligt privilegeres *læringen*, der bliver en del af både mål og middel; det er læring, forstået som det, der skal sætte de professionelle i stand til at arbejde bedre sammen, men læring er også et produkt af samarbejdet. Konstitueringen af tværsamarbejde som et professionel og personligt udviklingsprojekt kan ses som et interdiskusivt træk, idet der implicit trækkes på diskursen om 'det udviklende arbejde' (Hvid et al. 1998). I denne forståelse er læring således ikke er noget, der primært finder sted i uddannelsesinstitutioner eller i formelt tilrettelagte uddannelsesforløb, men er en

kontinuerlig proces, der også finder sted i arbejdslivskontekst, og som altså her tales frem som havende særligt gode vilkår i relation til tværsamarbejdet (se også Wil-lumsen, Sirnes & Ødegård 2014 for en dis-kussion af dette).

Diskursen 'det lærende tværsamarbejde' er generelt mindre tydelig omkring præ-cis, *hvad* det er, de sundhedsprofessionelle forventes at kunne lære ved at samarbejde med de andre faggrupper. Højholdt skriver:

*"Man kan altså se værdien af det tværpro-fessionelle samarbejde som resultatet af den proces, hvor den professionelle gennem dia-log med og i relation til andre professionelle udvikler sig og sit fag, samtidig med at han eller hun bidrager til udviklingen af andre fag. Dette er et helt legitimt udbytte af tvær-professionelt samarbejde, hvor ønsket oftest er at udveksle erfaringer og viden med lige-sindede med henblik på at kvalificere indsats-en over for målgruppen"* (Højholdt 2012, 28).

Sprogligt at det bemærkelsesværdigt, at Højholdt skriver, at det er *"et helt legitimt udbytte"* af tværsamarbejdet at lære noget. Det lille ord 'helt' peger i retning af en dis-kurs, der siger det modsatte; at det netop ikke er legitimt at have fokus på sig selv og sin egen læring som et aspekt af samarbejdet. Min påstand vil være, at Højholdt her – formentlig uforvarende – anerkender dis-kursens perifære position i diskursordenen. Diskursen om det lærende tværsamarbejde står i overensstemmelse med denne pointe, ikke alene. Dette gælder både for Højholdts tekster og hos IPLS.. Læringsmålet kobles således oftest sammen med ambitionen om at 'kvalificere indsatsen over for mål-gruppen'. I Højholdts seneste bog ses en interdiskursivitet, idet der kobles eksplicit til samskabelse (Højholdt 2016). Derved re-konfigureres målet med de professionelles

læreprocesser til ikke bare at 'udveksle erfa-ringer og viden med ligesindede', til også at omfatte udvikling af en særlig kompetence, rettet mod inddragelse af andre aktører end de vanlige sundhedsfaggrupper i løsningen af opgaven. Dette jeg vender tilbage til.

IPLS er som allerede nævnt en af de ak-tører i Danmark, der er fortalere for en styr-kelse af det tværgående samarbejde, hvor den forbedrede opgaveløsning og højere grad af inddragelse af patienten kobles med muligheden for ny professionel læring. Iføl-ge IPLS handler det tværgående samarbejde således om, at *"to eller flere faggrupper læ-rer med, af og om hinanden i et interagerende samarbejde"* (IPLS' website). Her skrives et særligt træk ved tværsamarbejdet frem, det skal være 'interagerende'. Heraf forstås, at det tværsamarbejde ikke altid eller per de-finition er ensbetydende med interaktion. IPLS vægtlægger et andet aspekt af læring, end den professionshøjskolerne gør sig til fortaler for. Foreningen skriver således om formålet med deres virke:

*"At fremme en sammenhængende og ind-dragende praksis mellem sundhedsvæsenets brugere, de forskellige professioner og sekto-rer samt styrke gensidig faglig anerkendelse og respekt blandt ligeværdige samarbejds-partnere."* (IPLS - Dansk Selskab for In-terprofessionel Læring og Samarbejde i Sundhedsvæsenet, website).

Udover den eksplicitte kobling til dikursor-denens ambition om, at tværsamarbejdet skal styrke patientinddragelsen, er det be-mærkelsesværdige i denne sammenhæng formuleringen af målet om at *"styrke gen-sidig, faglig anerkendelse og respekt blandt ligeværdige samarbejdspartnere"*. Dette er, som jeg læser det, en anden læringsambi-tion end den, Højholdt gør sig til fortaler for, hvor fokus ligger på den professionel-les egen læring og på kompetenceudvikling



i mere traditionel forstand. Fokus i citatet ligger på relationen mellem forskellige faggrupper, og målet er, at relationen skal være ligeværdig og gensidigt fagligt anerkendende. Her identificerer jeg konturerne af en anden diskurs, der retter sig mod et professionsforandringsprojekt, der rækker et godt stykke udover både professionel læring, forbedret opgaveløsning og øget inddragelse.

### **Diskursen om tværsamarbejde som vejen til en demokratiseret professionspraksis**

Den diskurs, jeg ser stikke hovedet frem i citatet fra IPLS, handler om, at tværsamarbejdet rummer et potentiale for udvikling af en professionspraksis baseret på ligeværdige faglige relationer. Her aktualiseres således et demokratiserende ideal, der vil stille faggrupperne lige gennem gensidig respekt og anerkendelse. I denne diskurs er det et vigtigt mål for tværsamarbejdet at skabe et andet og bedre rum for ligeværdig dialog mellem forskellige faglige perspektiver. Udgangspunktet for denne diskurs er en anerkendelse af, at divergerende fagligheder ikke bare er vigtige, de er ligeværdige. Eller rettere: Det bør de være.

Diskursen om tværsamarbejde som vejen til en demokratiseret professionspraksis kan spores længere tilbage end til IPLS. I 2005 skrev de to canadiske sygeplejeforskere D'Amour og Oandasan artiklen *Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept*. Artiklen, der blev publiceret i det toneangivende *Journal of Interprofessional Care*, har i dag status af en ofte citeret klassiker. D'Amour og Oandasan italesætter i artiklen tværprofessionalitet og tværprofessionelt samarbejde som et nødvendigt paradigmeskift i sundhedsvæsenet. De skriver:

*"Interprofessionalism is defined as the development of a cohesive practice between professionals from different disciplines. It is the process by which professionals reflect on and develop ways of practicing that provides an integrated and cohesive answer to the needs of the client/family/population. Interprofessionalism comes from the preoccupation of professionals to reconcile their differences and their sometimes opposing views and it involves continuous interaction and knowledge sharing between professionals organized, to solve or explore a variety of education and care issues all while seeking to optimize the patient's participation. The care provided to the patient and the patient's willingness to participate are key factors in this approach. Interprofessionalism requires a paradigm shift, since interprofessional practice has unique characteristics in terms of values, codes of conduct, and ways of working". (D'Amour & Oandasan 2005, 9).*

D'Amour og Oandasan bruger begrebet 'tværprofessionalitet' til at konstituere en diskurs om tværsamarbejde, der bygger på en vision om et sundhedsvæsen, hvor de professionelle grupper indgår i ligeværdige relationer og løser opgaverne med dette udgangspunkt og med fokus på patientinddragelse. Her er de professionelle, der tillægges handleperspektivet; det er dem, der reflekterer, udvikler, afstemmer, deler, udforsker, optimerer og løser. Tekstens mange verber understreger den indholdsmæssige pointe om, at tværprofessionalitet er en proces, der kræver handling. I den nye tværprofessionelle virkelighed, som D'Amour og Oandasan skriver frem, aflyser de professionelle den interne statuskamp. I stedet sættes videndeling og et fokus på patienterne i det professionelle højsæde. Det er værd at bemærke, at forfatterne bruger begrebet 'tværprofessionalitet'. Hermed gøres tværsamarbejdet til en egenskab ved de

professionelle. Styrkelsen af tværsamarbejdet konstituerer dermed ikke blot en bedre måde at arbejde på, det bliver en måde at være professionel på. Tværprofessionalitet er at forstå som en måde at tænke på, en indstilling til det at være sundhedsprofessionel og – ikke mindst – til patienterne og de andre professioner.

Diskursen om tværsamarbejde som vejen til en demokratiseret professionspraksis indikerer også, at styrkelsen af samarbejdet ikke bare er noget, der sker 'af sig selv', det er derimod et resultat af en radikalt ny måde at forholde sig til faglig socialisering og professions(ud)dannelse på, der fordrer, at de sundhedsprofessionelle lærer at reflektere åbent over, hvilke løsninger der er de fagligt bedste og derigennem lærer at samtænke forskellige faglige perspektiver uden nødvendigvis at give deres egen eller andre professioner forrang. Hermed lægger diskursen også afstand til en hierarkisk organiseret, topstyret samarbejdspraksis, der konstitueres som forældet og ude af trit med tidens fordring om patientinddragelse.

### **Diskursen om det organisationsoptimerende tværsamarbejde**

Den tredje diskurs jeg identificerer ønsker også at ændre praksis gennem en styrkelse af tværsamarbejdet indenfor sundhed. En væsentlig aktør og diskursproducent i diskursen om det organisationsoptimerende tværsamarbejde er amerikaneren Jody Gittel, som er ph.d i management og siden 2001 har været professor på Brandeis University. Gittel er ophavskvinde til en tilgang, hun benævner *Relationel Koordinering* (RK), som har vundet popularitet og udbredelse i en dansk kontekst i løbet af de sidste 7-8 år, bl.a på Glostrup hospital og hos IPLS. RK er også taget op af KORA, bl.a. i deres rapport om ledelse af tværsektorielt

samarbejde (Holm-Petersen & Buch 2014), som led i et argument om at pege på de mange ledelses- og koordineringsopgaver, som samarbejde på tværs af sektorer afføder.

RK indtager en dominerende position i diskursen om det organisationsoptimerende tværsamarbejde. Kigger man til udlandet, hvilket jeg har fravalgt i nærværende artikel, er tilgangen én ud af mange, der har det til fælles, at de anskuer styrkelsen af tværsamarbejdet som en udfordring, der løses gennem et fokus på bedre og mere effektiv kommunikation (se fx Lingard et al. 2011; Toccafondi et al. 2012). RK kombinerer et fokus på kommunikation med et fokus på relationer med det formål at forbedre opgavekoordinering. Målet er, at alle medarbejdere arbejder ud fra samme mål, og at de betragter sig selv og hinanden som uundværlige bidragsydere til at nå dette (Gittel 2011; 2012).

RK fokuserer på at forbedre tværsamarbejdet ved at styrke de kommunikative aspekter af samarbejdsrelationerne mellem forskellige funktioner/roller i organisationen gennem velfungerende kommunikationskanaler, der kan understøtte dialogen mellem medarbejdere og deres ledere. RK er udviklet på baggrund af Gittells arbejde med amerikansk luftfart, og det er således et af tilgangens hovedargumenter, at der er langt flere ligheder mellem luftfart og hospitalsvæsen, end de fleste tror, fordi begge kan karakteriseres som services, præget af tidspres, uforudsigelighed, høj grad af interaktion og gensidig afhængighed mellem forskellige faggrupper (J. Gittel 2012; J. H. Gittel 2016). Ideen er, at tværsamarbejdet også i sundhedsvæsenet fodrer, at de professionelle forstår, på hvilke måder deres funktion og indsats indgår i og er vigtig for den samlede opgaveløsning. Gittel lægger dermed vægt på, at det gode tværsamarbejde opbygges, hvis man som professionel ople-



ver arbejdet som menings- og værdifyldt og hun argumenterer for, at dette er en positiv sideeffekt af RK. Herved kan der identificeres en interdiskursiv kobling til et velkendt tema inden for arbejdslivsforskningen omkring mening i arbejdet (Gleerup 2015; Hvid et al. 1998; Kamp 2011). Dette arbejdspsykologiske aspekt kobles med en produktionsorientering, og der lægges således op til en særlig slags meningsskabelse; meningen i arbejdet er, når man som professionel oplever at bidrage til, at organisationen opnår sit mål.

*"I en tid med et enormt pres på sundhedssektoren og mange ikke-mødte eller dårligt opfyldte behov kan man spørge, hvorfor vi skal bekymre os om en blød værdi som relationel koordinering? Det ville være rart at have positive arbejdsrelationer, men er det en luksus vi ikke har råd til, før vi har løst de langt mere presserende problemer med dårlig kvalitet og spildte ressourcer der plager vores system? Nej, vi mener tværtimod at investeringer i relationel koordinering (...) Bidrager væsentligt til at overvinde disse påtrængende problemer"* (Gittell 2012, 39).

En diskussion man kan rejse i forbindelse med *Relationel Koordinerings* succes i Danmark handler om, at tilgangen er udviklet i USA, hvor sundhedssystemet er grundlæggende anderledes skruet sammen<sup>3</sup>. Selvom indførelsen af New Public Management betyder, at også det danske sundhedsvæsen på mange punkter drives som en privat virksomhed (Dybbroe 2008), så er det stadigvæk en offentligt finansieret institution, der er politisk reguleret langt ned i den daglige drift, fx gennem retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen og politiske krav om behandlingsgarantier og prioritering af nogle områder, som fx kræftområdet. Det betyder, at kerneopgaven defineres og dri-

ves ud fra andre kriterier, end de rent markeds-mæssige.

Sidst, men måske vigtigst, er det væsentligt at diskutere det forhold, at magt primært adresseres hos Gittell i form af en konstatering af, at sundhedsvæsenet er præget af en række faglige og statusmæssige hierarkier, der kan vanskeliggøre samarbejdet mellem de forskellige faggrupper:

*"Ofte lader den specialiserede viden, som forskelligt personale har, også til at adskille dem, og derfor bliver den en hindring for kommunikation. (...) Foruden at være opdelt i forhold til deres specialiserede viden og uddannelser er personalet også opdelt i forhold til statusforskelle. Selv om nogle faggrupper har kæmpet for at ligestille forskelligt personale, er statusforskelle fortsat med til at opdele de forskellige faggrupper"* (Gittell 2012, 32).

Sprogligt set er citatet interessant, fordi udsagnet fremstilles på baggrund af en meget svag affinitet til udsagnene om statusforskelle. De konstateres, lige som det konstateres, at 'nogle faggrupper' har 'kæmpet for' at gøre op med disse statusforskelle, men det er vanskeligt at sige, om dette er en kamp, som teksten/forfatteren tilslutter sig værdimæssigt. Interessant er det ligeledes, at det er den 'specialiserede viden', der skrives frem som den aktør, der skaber adskillelse og forhindring for kommunikation. Gittell peger på, at fagforeningerne traditionelt har forstærket disse forskelle, og opfordrer til, at ledelse og fagforeninger i højere grad indgår partnerskaber til fordel for både medarbejdere og organisationerne (Ibid.). Perspektivet er således præget af en ledelsesorientering, idet løsningen på eventuelle interessekonflikter mellem ledelse og medarbejdere, eller mellem forskellige medarbejdergrupper, foreslås løst gennem et stærkere fælles fokus på *organisationens*

opgaver og udfordringer, hvilket kan ses som en almengørelse af ledelsesperspektivet. Målet er ikke at forandre magtrelationerne mellem de professionelle, målet er at optimere sundhedsvæsenet, og dette gøres bedst, hvis de professionelle taler respektfyldt til hinanden. RK kan dermed anskues som en magtkonserverende tilgang, der ikke deler ambitionen fra den demokratiserende diskurs om, at tværprofessionelt samarbejde skal være en vej henimod grundlæggende fagligt ligeværdige professioner.

### **Diskursen om tværsamarbejde som vej mod det grænseløse samarbejde**

Til gengæld står det centralt i diskursen om det organisationsoptimerende tværsamarbejde, at grænserne mellem faggrupper skal være mindre rigide:

*"For organisationer indenfor sundhedssektoren, der kan opnå fleksible grænser mellem arbejdsfunktioner uden at miste de områder, der er defineret af fagmæssig ekspertise, forventer vi, at fordelene vil inkludere højere niveauer af relationel koordinering på tværs af faggrupperne, hvilket vil føre til et højere effektivitetsniveau og bedre performance"* (Gittell 2012, 144).

At det gode tværsamarbejde fordrer en opblødning af faggrænser er et synspunkt, der deles af WHO, som ligeledes er en aktiv og varm fortaler for udbredelsen og styrkelsen af tværsamarbejde på sundhedsområdet. I 2010 udkom *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, der som titlen antyder, er en handlingsplan med fokus på såvel praksis- som uddannelsesdimensionen af tværsamarbejde. Heri står:

*"Collaborative practice in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide compre-*

*hensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings. Practice includes both clinical and non-clinical health-related work, such as diagnosis, treatment, surveillance, health communications, management and sanitation engineering"* (WHO 2010, 13).

WHO italesætter her en diskurs, hvori tværsamarbejdet forankres meget bredt. Her fremskrives et tværsamarbejde, der bevæger sig ud over det etablerede sundhedsvæsens rammer – og også udover sundhedsprofessionerne:

*"[Collaborative practice] allows health workers to engage any individual whose skills can help achieve local health goals".* (WHO 2010, 7).

Den primære målsætning hos WHO og hos andre, der gør sig til fortalere for denne diskurs, er, at løse problemerne uanset disses basale eller komplekse karakter. WHO's udgangspunkt er, at tværsamarbejdet, i hvert fald i princippet, kan inkludere enhver aktør, der måtte kunne bidrage til opgaveløsningen – (sundheds)professionel eller ej. Betegnelsen *collaborative practice* er således ikke tilfældig – den udelader helt professionsaspektet og siger dermed ikke noget om, hvem tværsamarbejde forventes at udspille sig i mellem. Faktisk giver diskursen de sundhedsprofessionelle 'lov' til at trække på 'enhver', der kan bidrage til at løse problemet. De sundhedsprofessionelle er således ikke ude af samarbejdet, men diskursen åbner for inddragelsen af andre aktører.

WHO's tilgang til tværsamarbejdet kan således ses som udtryk for en radikalt anden diskurs end de forgående, der alt andet lige tager udgangspunkt i såvel de etablerede sundhedssystemer såvel som de sundhedsprofessionelle. På den ene side kan denne

diskurs ses som radikal, både i forståelsen 'nytænkende' og 'professionsudfordrende', idet den åbner for, at sundhedsfaglige problemstillinger kan – og måske ligefrem bør – løses af aktører uden kompetencer indenfor sundhedsområdet. Man kan dog også forstå WHO's position som et udtryk for en pragmatisk tilgang, der handler om at finde mulige løsninger på de aktuelle problemer med folkesundheden i en verden, hvor der i flere regioner ikke er tilstrækkeligt med uddannede sundhedsprofessionelle til, at de alene kan varetage selv det mest basale sundhedsfaglige arbejde, og hvor vi også globalt set imødeser arbejdskraftmangel på sundhedsområdet. WHO er under alle omstændigheder ikke alene om at være fortalere for diskursen om tværsamarbejdet som radikalt grænseoverskridende. Faktisk vil min påstand være, at netop denne diskurs synes at vinde udbredelse i Danmark helt aktuelt, hvor begreberne 'samskabelse' eller 'co-creation' i løbet af ganske få år anvendes indenfor både professionshøjskoler, kommuner og indenfor det regionale område (se fx KORA 2016; University College Lillebælt 2016), hvor der fx udvikles forsøg med forbedring af den præhospital indsats i Nordjylland ved hjælp af frivillige, der kan yde førstehjælp i det tidsrum, det tager lægehjælpen at nå frem (se Frivilligrådet 2016).

Samskabelse er et begreb, der ikke er født i en sundhedsmæssig kontekst. Det er derimod opstået i relation til politiets bekæmpelse af narkokriminalitet i 1970'ernes USA (Agger & Tortzen 2015). I denne form for tværsamarbejde er der umiddelbart ingen faglige grænsedragninger, idet alle aktører, der kan bidrage til problemets løsning, er inviteret med. Det er således problemets karakter, men også det muliges kunst, der er udgangspunktet. Diskursen italesættes af WHO som af andre fortalere som 'innovativ', 'positiv' og som 'et ønskeligt og nød-

vendigt tiltag' i relation til varetagelsen af folkesundheden og velfærd mere generelt, som fx her hos KL:

*"Samskabelse handler om, at kommunerne løser kerneopgaven bedre, mere effektivt og innovativt med aktivering af ressourcer hos borgere, civilsamfund og virksomheder, og det kan give større accept og tilfredshed hos borgerne og skabe energi og medansvarlighed i civilsamfundet og det private erhvervsliv"* (KL 2016.).

Citatet viser, hvordan diskursen om det radikalt grænseoverskridende tværsamarbejde tager sig ud helt aktuelt i en tid, hvor temadage og konferencer om samskabelse næsten er en hverdagsbegivenhed. Som citatet ovenfor viser, er det ikke verberne, som det var tilfældet hos D'Amour og Oandasan, men derimod adverbierne, der dominerer sprogbruget hos KL; bedre, effektivt, innovativt, større accept, tilfredshed, skabe. I KL's optik er det – ikke overraskende – KL selv, der tillægges handleperspektivet; det er kommunerne, der gennem tværsamarbejde med borgere, det øvrige civilsamfund og det private erhvervsliv bliver bedre til at løse kerneopgaven. På den måde bliver denne diskurs et offensivt og radikalt input i kampen om at definere, hvilke problemer, og ikke mindst hvilke aktører, der kan – og bør – bidrage til at løse udfordringerne vedrørende folkesundheden. Man kan sige, at denne diskurs i lighed med D'Amour og Oandasan og IPLS søger at forandre den gældende professionspraksis. Målet er dog ikke faglig ligeværdighed og gensidig anerkendelse, målet er at få problemerne løst, og de professionelle er inviteret med i det omfang, de kan bidrage til løsningen. Det er også dette fokus på netop sagen, der gør, at diskursen er svær at stille sig kritisk overfor – især for de professionelle, der netop legitimerer deres professionsstatus i kraft

af en forpligtelse til at udvise en uegennyttig orientering (Freidson 2001). De interne professionskampe og ulige magtrelationer gøres med andre ord illegitime af denne diskurs.

## Konkluderende bemærkninger

Denne artikel har vist, hvordan der kan identificeres fire forskellige diskurser i relation til tværsamarbejde på sundhedsområdet; en lærende, en demokratiserende, en organisationsoptimerende og en radikalt grænseoverskridende diskurs. Alle fire diskurser er tydeligt normative i deres konstitution; de taler for en styrkelse af tværsamarbejdet og opererer dermed også med en forestilling om, at tværsamarbejde er en samarbejdsform, der skal fremmes. I den forbindelse er det en pointe, at diskursordenen samlet set kan karakteriseres ved en overgribende ide om, at styrkelsen af tværsamarbejdet vil komme patienter og borgere til gavn; inddragelsen vil blive bedre, og forløbene mere sammenhængende.

Samtlige fire diskurser relaterer sig til et og samme 'problemkompleks'; et problemkompleks, der synes at tegne sig stadig tydelige og mere presserende i løbet af de sidste 10-15 år. Det drejer sig om manglende inddragelse af borgere/patienter, manglende sammenhæng i forløb, for lav kvalitet i de sundhedsfaglige ydelser. Men forståelsen af, hvad der ligger til grund for disse problemer, og hvad der skal til for at løse dem, er meget forskellige, skønt alle fire diskurser kredser om tværsamarbejdet som løsningen på problemkomplekset.

De identificerede diskurser rummer meget forskellige forståelser af, hvad tværsamarbejdet er eller bør være, og hvad det er, der konkret skal ske, for at samarbejdet bliver bedre. Den først identificerede diskurs italesætter tværsamarbejdet som en praksis med potentiale for faglig og personlig læ-

ring. Her er professionshøjskolerne og foreningen IPLS aktive diskursproducenter og -brugere, men diskursen vurderes ikke som stærkt praksisformende, idet den ikke synes at have stor gennemslagskraft udenfor uddannelseskonteksten. Mens de professionelle læring fremstår som et kerneargument i diskursen om det lærende tværsamarbejde, bliver spørgsmålet om professionel læring mere perifært i de andre diskurser, hvor læring italesættes som en positiv sidegevinst, som endnu et argument i rækken for, hvorfor tværsamarbejde er et gode, vi skal have mere af, men ikke som en selvstændig målsætning.

Den anden identificerede diskurs; diskursen om det demokratiserende samarbejde taler for et opgør med de professionelle og organisatoriske hierarkier, der reelt ligestiller de forskellige fagligheder. Dermed indtager diskursen om tværsamarbejde som demokratiserende professionspraksis en ganske anden position, end diskursen om det organisationsoptimerende tværsamarbejde. Begge diskurser taler for en forbedring af de professionelle relationer, men sidstnævnte promoverer mere fleksibilitet i de samarbejdende fagligheder uden at tage stilling til, hvordan denne fleksibilitet udmøntes et i hierarkisk organiseret sundhedsvæsen. Den tredje identificerede diskurs om det organisationsoptimerende tværsamarbejde har et konstaterende forhold til de statusbærende hierarkier, men intet ønske om grundlæggende forandringer; målet er en mere effektiv opgaveløsning, der, som en positiv sideeffekt, også vil gøre de professionelle glade, fordi de vil opleve det som meningsfyldt at bidrage til organisationens målopfyldelse. Sat på spidsen kan sige, at hvor den demokratiserende diskurs vil forandre systemet, så vil den organisationsoptimerende diskurs forandre de professionelle.

Den fjerde diskurs; diskursen om det radi-

kalt grænseoverskridende tværsamarbejde er som den eneste af de fire diskurser umiddelbart ikke optaget hverken af de professionelle eller af systemet; udgangspunktet er en erkendelse af, at ingen af disse har den fornødne kapacitet til at løse de sundhedsmæssige problemer, samfundet står overfor, og at der derfor skal tænkes i helt nye baner. Derved bliver der med denne diskurs reelt tale om et paradigmeskrift; en helt ny tilgang ikke bare til tværsamarbejdet, men også til konceptualiseringen af opgaven.

Spørgsmålene der står tilbage er naturligvis, om disse fire diskurser blot vil fortsætte med at brydes i en social praksis, der er under hastig og stadig forandring? Og om det overhovedet er et problem, at der eksisterer forskellige ideer om, hvordan det gode samarbejde styrkes? Skal vi ikke blot glæde os over, at der udvikles forskellige løsninger på de problemer, der bl.a. er opstået som følge af de sidste 10-15 års omkalfatring af sundhedsvæsenet? Har vi ikke brug for organisationsoptimerende tiltag, der understøtter de sundhedsprofessionelle i at række ud mod hinanden og i at stå mindre vagt om netop deres faglige ekspertise? Skal vi ikke byde nye løsninger, hvor civilsamfund og erhvervslivet byder ind med nye løsninger på områder, hvor det etablerede sundhedsvæsen ikke slår til, velkommen? Hvilken offentlig ansat vil ikke gerne fremme de innovative løsninger og gøre som sundhedsministeren efterlyser og *"se fordomsfrit på, hvor og hvordan opgaven løses bedst til gavn for borgeren"* (Regeringen 2013, 7)? Hvilken borger vil ikke gerne tilses af en frivillig, mens man venter på ambulancehelikopteren, der kommer fra akutsygehuset mange kilometer borte? I hvert fald, hvis alternativet er, at man overlades til sig selv. Svarene på disse spørgsmål er langt fra givne, men det er min pointe, at det er reelt er sådanne spørgsmål, der er på spil i den diskursive kamp om tværsamarbejdet, fordi de er med

til at forme en social praksis, hvor der sker store forandringer, og hvor fremtiden for det etablerede sundhedssystem og de professionelle rolle heri langt fra er givne.

I artiklen har jeg vist, at der er store forskelle på, hvordan de forskellige diskurser forholder sig til spørgsmålet om magt i professionernes indbyrdes forhold og i det styrkede tværsamarbejde. Hvor enkelte aktører bruger behovet for stærkere tværsamarbejde som løftestang for en fagpolitisk kamp for mere ligeværdige relationer i den kliniske praksis, anskuer en del flere magtdiskussionen som irrelevant. Argument er, at det er resultatet, der tæller. Målet synes med andre ord at hellige midlet, og så bliver det knapt så vigtigt, om tværsamarbejdet er funderet på fagligheder, der er ulige positioneret i forhold til klinisk beslutningstagen, indflydelse på praksis, anseelse og løn, eller om opgaveløsningen er på vej ud af velfærdsstatens rammer.

Spørgsmålet er, hvilke interesser man som sundhedsprofessionel har i denne diskursive kamp? Det kan undre, at diskursen om det radikalt grænseoverskridende tværsamarbejde, som på det nærmeste løsriver sig fra både de professionelle og fra det etablerede sundhedsvæsen, i praksis omfavnes af de professionelle selv, deres arbejdsgivere og uddannelsesinstitutioner, der alle synes at have taget diskursen til sig. Det samme kan man sige om diskursen om det organisationsoptimerende tværsamarbejde, der også kan siges at have fået en vis indflydelse på den sociale praksis, især indenfor sygehussektoren. Det samme kan ikke siges, hverken om diskursen om det demokratiserende tværsamarbejde eller om diskursen om det lærende samarbejde, der begge synes at eksistere som diskurser uden at have de helt store praksisindvirkninger, ud over på uddannelsessektoren. Man skal med andre ord lede længe efter de konkrete projekter og initiativer, der har til formål at under-



støtte faglig læring, fagligt ligeværd eller medbestemmelse for de professioner, der befinder sig i randområdet af den kliniske beslutningstagen eller nederst i det faglige hierarki.

Tværprofessionelt samarbejde er præget af magt. Diskurserne om tværsamarbejde omgås denne magt på forskellige måder, hvilket artiklen her er med til at belyse. Det er ikke denne artikels opgave at komme med et færdigt svar på, om eller i hvilken grad magtforholdene i klinisk praksis bør forandres som følge af en styrkelse af det tværprofessionelle samarbejde. Men det er vigtigt at diskutere, hvordan magtstrukturerne og muligheden for at forhandle disse har en indflydelse på tværsamarbejdet og

opgaveløsningen. Dels fordi det er relevant at spørge til, om og i givet fald hvordan de eksisterende magtforhold i klinisk praksis kan stå i vejen for en bedre interaktion mellem forskellige faglige perspektiver, dels fordi det er vigtigt, at aktører med interesse for tværsamarbejde bør blive langt klarere på, hvad det er for et sundhedssystem, tværsamarbejdet skal være med til at forbedre, og hvilken rolle de sundhedsprofessionelle og deres kompetencer skal spille heri. Ellers risikerer vi at skubbe på en agenda, der vil føre til en stadig højere grad af privatisering og af-professionalisering af sundhedsområdet. Og det var vel ikke det, der var mening med at styrke tværsamarbejdet, var det?

## NOTER

- 1 Jeg er særligt inspireret af Anne Livengs Fairclough-inspirerede diskursanalyse af aktivitetsdiskursen på ældreområdet (Liveng 2016).
- 2 Her refererer jeg til en bred vifte af aktører; ledende og ordinære sundhedsprofessionelle i alle sektorer samt uddannelsesplanlæggere, undervisere og studerende på professionshøjskolerne, med hvem jeg gennem flere år har drøftet forskellige tilgange til og forståelse af tværsamarbejde, senest i forbindelse med den seneste uddannelsesreform, hvor jeg deltog i en national arbejdsgruppe som ekspert, samt Forsknings- & Udviklingsprojektet PÅ TVÆRS på Rigshospitalet (<https://www.rigshospitalet.dk/presse-og-nyt/nyheder/nyheder/Sider/2015/September/sygepleje-og-sammenhaeng-paa-tvaers-.aspx>)
- 3 Se Lehn-Christiansen 2016 for en uddybende kritik af Relationel Koordinering

## REFERENCER

- Agger, A. & A. Tortzen (2015): *Forskningsreview om samskabelse*, University College Lillebælt.
- Albertsen, K., D. Jeppesen & H. Hvenegaard (2012): Samarbejde om kerneopgaven. I *Sund ledelse: 19 bud på god sygehusledelse 41 teoretikere og praktikere drøfter ledelsesudfordringerne i sygehusvæsenet*. DJØF, Danske Regioner og Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet, 84–98.
- Bagger, B., M. Lindahl & L.V. Sørensen (red) (2014): *Interprofessionelt samarbejde i sundhedsvæsenet: rammer, udfordringer og muligheder* København, Gad.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005): Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 1, 8–20.

- Danske Regioner (2012): *Det hele sundhedsvæsen - regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen*. (2012). [http://www.regioner.dk/~media/Publikationer/Sundhed/Det hele sundhedv%C3%A6sen\\_marts2012.ashx](http://www.regioner.dk/~media/Publikationer/Sundhed/Det%20hele%20sundhedsv%C3%A6sen_marts2012.ashx)
- Diderichsen, F., I. Andersen & C. Manuel (2011): *Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser*. København, Sundhedsstyrelsen.
- Dybbroe, B. (2008): Crisis of Care in a Learning Perspective. I S. Wrede, L. Henrikson, H. Høst, S. Johansson, & B. Dybbroe (Red), *Care Work in Crisis. Reclaiming the Nordic ethos of Care*. Lund, Studentlitteratur, 42–48.
- Fairclough, N: (1992). *Discourse and Social Change*. Cambridge, Polity Press.
- Frederiksen, J: (2016). *Tværfaglige velfærdsprofessionelle: tværsamarbejde som en social praktik for den neoliberale velfærdsstats professioner*. Roskilde, Institut for Samfund og Globalisering Roskilde Universitet.
- Freidson, E. (2001): *Professionalism : the third logic*. Chicago, University of Chicago Press.
- Frivilligrådet (2016). Samskabelse kan redde liv - om 1-1-2 Akuthjælper | Frivilligrådet. Retrieved October 14, 2016, from <http://www.frivilligraadet.dk/samskabelse-kan-redde-liv>
- Gittell, J. (2011): *High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience*. Retrieved July 9, 2015, from [http://ipls.dk/pdf-filer/gittell\\_dias.pdf](http://ipls.dk/pdf-filer/gittell_dias.pdf)
- Gittell, J. (2012): *Effektivitet i sundhedsvæsenet: samarbejde, fleksibilitet og kvalitet*. København, Munksgaard.
- Gittell, J. H. (2016): Rethinking Autonomy: Relationships as a Source of Resilience in a Changing Healthcare System. *Health Services Research*, 51, 5, 1701–1705.
- Gleerup, J. (red.) (2015): *Bladet fra munden - mod og vilje til et godt arbejdsliv*. København, Dansk Sygeplejeråd.
- Hvid, H. m.fl. (1998): *Det udviklende arbejde: visioner og kriterier*, Roskilde, Roskilde Universitet.
- Holm-Petersen, C., & Buch, M. S. (2014): Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. København, KORA.
- Højholdt, A. (2012): *Den tværfaglige praksis: om udvikling af tværfagligt pædagogisk arbejde*. København, Hans Reitzel.
- Højholdt, A. (2013): *Tværfagligt samarbejde i teori og praksis*. København, Hans Reitzel.
- Højholdt, A. (2016): *Tværfagligt samarbejde i teori og praksis*. 2. udgave. København, Hans Reitzel.
- IPLS (2015): IPLS - Dansk Selskab for Interprofessionel Læring og Samarbejde i Sundhedsvæsenet. Retrieved July 7, 2015, from <http://ipls.dk/wordpress/>
- Jacobsen, F., T.B. Hansen & B. Eika (2011): "Knowing more about the other professions clarified my own profession". *Journal of Interprofessional Care*, 25, 6, 441–6.
- Janzon, A. (1964): *Samarbejde i Sundhedens Tjeneste* (3. udgave). København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck.
- Kamp, A: (2011): Mening i arbejdet – for lidt, for meget, til forhandling? Mening i arbejdet – for lidt, for meget, til forhandling? *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 13, 2, 8–27.
- Kamp, A., & Dybbroe, B. (2015): Struggles of professionalism and emotional labour in standardized mental health care. *Nordic Journal of Working Life Studies*, Vol 6, S1, 67-86
- KL. (2012): Det nære sundhedsvæsen. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/~media/A92CFB652015453FB5E26616C0CDD2BF.ashx>
- KL. (2014): Next Practice – *Udvikling af det nære sundhedsvæsen gennem bedre sundhedsudannelser*. [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_65642/cf\\_202/Next\\_Practice.PDF?n=1](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_65642/cf_202/Next_Practice.PDF?n=1)
- KL (2016): *Kom til temadag om samskabelse*. Retrieved October 14, 2016, from [http://klk.kl.dk/Menu---fallback/Kom-til-temadag-om-samskabelse-id210830/?utm\\_source=kl.dk&utm\\_medium=rss&utm\\_content=S eneste+nyt+i+KL%2527s+portal&utm\\_campaign=rss](http://klk.kl.dk/Menu---fallback/Kom-til-temadag-om-samskabelse-id210830/?utm_source=kl.dk&utm_medium=rss&utm_content=S eneste+nyt+i+KL%2527s+portal&utm_campaign=rss)
- KORA (2016). *Hvad er kommunernes erfaringer med samskabelse?* Retrieved from <http://www.kora.dk/projekter-i-gang/projekt/i10139/Hvad-er-kommunernes-erfaringer-med-samskabelse>. Retrieved Oct 15, 2016.
- Lehn-Christiansen, S. (2016): *Tværfagligt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. København, Munksgaard Danmark.

- Lehn-Christiansen, S. m.fl. (red.) (2016): *Ulighed i sundhed - Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*, København, Frydenlund Academic.
- Lingard, L. m.fl. (2011): Evaluation of a preoperative team briefing: a new communication routine results in improved clinical practice. *BMJ Quality & Safety*, 20, 6, 475–482.
- Liveng, A. (2016): Aktiv aldring – en sundheds-skabende eller usynliggørende diskurs? I S. Lehn-Christiansen & Et.al (red.), *Ulighed i sundhed – Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*. Frederiksberg: Frydenlund Academic, 147–174.
- Pollard, K. C., M.E. Miers & C. Rickaby (2012): "Oh why didn't I take more notice?" Professionals' views and perceptions of pre-qualifying preparation for interprofessional working in practice. *Journal of Interprofessional Care*, 26, 5, 355–61.
- Reeves, S. (2012): The rise and rise of interprofessional competence. *Journal of Interprofessional Care*, 26, 4, 253–255.
- Regeringen (2013): *Mere borger, mindre patient Et stærkt fælles sundhedsvæsen*, København. Retrieved from <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/~media/8B537C8A59414A359E-CA750E724356F5.ashx>
- Sauzet, S. (2015): *Versioner : diffraktive analyser af tværprofessionalismens tilblivelse som fænomen i Professionshøjskolen: ph.d.-afhandling*. Emdrup, Aarhus Universitet, Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU).
- Sundhedskartellet. (2014). *Kompleks fremtid og reflektive sundhedsprofessionelle Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt*. Aalborg Universitet og Implement Consulting Group. [http://www.sundhedskartellet.dk/dsr/upload/7/46/917/Afrapportering\\_Sundhedskartellets\\_uddannelsesprojekt\\_-endelig.pdf](http://www.sundhedskartellet.dk/dsr/upload/7/46/917/Afrapportering_Sundhedskartellets_uddannelsesprojekt_-endelig.pdf)
- Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *Styrket indsats for den ældre medicinske patient. National handlingsplan 2016*. Retrieved from [http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2016/Juni/~media/Filer - Publikationer\\_i\\_pdf/2016/Styrket-indsats-for-den-aeldre-medicinske-patient/National\\_Handlingsplan.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2016/Juni/~media/Filer-Publikationer_i_pdf/2016/Styrket-indsats-for-den-aeldre-medicinske-patient/National_Handlingsplan.ashx)
- Toccafondi, G. m.fl. (2012): The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care. *BMJ Quality & Safety*, 21, suppl. 1, i58–i66. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001178>
- University College Lillebælt (2016): *Om Samskabelse.ucl.dk - Samskabelse*. Retrieved from [http://samskabelse.ucl.dk/forside/om-udviklingscenter-samskabelse /](http://samskabelse.ucl.dk/forside/om-udviklingscenter-samskabelse/). Retrieved Oct 15 2016.
- Vallgård, S., F. Diderichsen & T. Jørgensen (2014): *Sygdomsforebyggelse*. København, Munksgaard.
- Wandel, A. & M. Freil (2014): *Patientens hospital*. I K. M. Pedersen & N. C. Petersen (red.), *Fremtidens hospital*. København, Munksgaard Danmark, 71–82.
- WHO (2010): *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva Switzerland, World Health Organization.
- Willumsen, E., T. Sirnes & A. Ødegård (2014): *Nye samarbeidsformer - et samfunnsoppdrag*. I E. Willumsen & A. Ødegård (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*, Oslo, Universitetsforlaget, 19–29.

**Sine Lehn-Christiansen**, Lektor, Center for Sundhedsfremmeforskning,  
Roskilde Universitet  
e-mail: slehn@ruc.dk