

# Teamsamarbejdets betydninger for rehabiliteringsprocessen

**Jens Olesen**, fysioterapeut, specialist i rehabilitering, klinisk underviser, Master of Education, Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup, Danmark.  
E-post: Jens.olesen@viborg.rm.dk eller jensroad@post5.tele.dk

*Artiklen er tilegnet nyligt afdøde afspændingspædagog Ulla Nordstrøm, tidligere teamkollega på Vesthimmerlands Rygcenter.*

*Fagartikkelen, mottatt 27.08.08 og godtatt 10.11.08, er vurdert i henhold til Tidsskriftet Fysioterapeutens retningslinjer på fysioterapeuten.no*

## Sammendrag

Formålet med denne fagartikel er at fokusere på teamsamarbejdets betydninger for rehabiliteringsprocessen, og relatere tværvidenskabelig teori og forskning hertil. Teambegrebet er uklart defineret i faglitteraturen. Endvidere er organiseringen af forskellige typer teamsamarbejdes betydning for rehabiliteringsprocessen tæt på udforsket. Eksisterende forskning fokuserer mest på teamets interne relationer. Betydningen af teamets eksterne relationer til mere perifert tilknyttede faggrupper, organisationen samt ledelsesstrukturen er næsten ikke undersøgt.

Artiklen foreslår anerkendende dialog som kommunikationsværktøj for at opnå et konstruktivt og udviklende teamsamarbejde. Ligeledes inddrager artiklen eksistensfilosofien for kort at vise anerkendendes dialogs nære slægtskab hermed. Artiklen mener at anerkendende dialog samt det at have en tæt relation til sig selv har betydning for relationerne til både teamkolleger og patienter, samt at respekten for kollegaernes og patienternes autonomi er indiskutabel. Den synliggør at diskussion er et skjult magtværktøj – mens dialog er et mere magtfrit værktøj til fælles undersøgelse og undren i teamet.

Uklare mål for teamsamarbejdet har vist sig at befordre magt- og professionskampe i teamet, som hæmmer tværfagligt teamsamarbejde. Artiklen konstaterer at ekstern supervision, løbende teamundervisning eller teamtræning højner resultaterne af rehabiliteringen, både målt på patientresultater og teamets trivsel. Især hvis alle ledelsesniveauer aktivt bakker op herom.

**Nøgleord:** teamsamarbejde, anerkendende dialog, rehabilitering, magtrelationer, kommunikation.

## Indledning

At planlægge og udføre teamsamarbejde så arbejdsopgaver, rettigheder og pligter fremstår klart og tydeligt for de faggrupper teamet består af, er en stor fremtidig udfordring for sundhedsvæsenet. Ligeledes er et udviklende psykisk arbejdsmiljø af stor vigtighed, og her kan teamsamarbejde i øvrigt virke begge veje (1).

### Artiklens formål og hensigt

Formålet med denne fagartikel er at fokusere på teamsamarbejdets betydninger for rehabiliteringsprocessen, og relatere tværvidenskabelig teori og forskning hertil. Målgruppen er fysioterapeuter og ledere der indgår i teamsamarbejde indenfor rehabiliteringsområdet, samt fysioterapeutstuderende. Artiklen er mest aktuell på områder som neurorehabilitering, kroniske ryg- og smertepatienter, kræft- og hospiceområdet, demensområdet og psykiatrien. Hensigten er at præsentere, forklare og begrunde en ny måde at kommunikere og samarbejde på indenfor tvær-

faglige rehabiliteringsteams. Ligeledes håbes der på at kunne medvirke til at øge opmærksomheden omkring de almenmenneskelige kommunikative processer og vigtige relationer som foregår i teamet, og mellem teamet og patienterne på rehabiliteringsområdet.

### Problemet: Et uventet videnshul

Rehabiliteringsområdet mangler i høj grad videnskabelige baserede metoder, at kommunikere konstruktivt og anerkendende med teamkollegaerne og patienterne på. Metoderne behøves, fordi klar og tydelig sundhedskommunikation fremmer kvaliteten af teamsamarbejdet såvel som rehabiliteringen, og højner arbejdsglæden. Under gennemgang af de videnskabelige studier, som artiklen hviler på, konstateres helt uventet, at vi står overfor et paradoksalt videnshul på området teamsamarbejdets betydninger for rehabiliteringsprocessen. Körner (2) bekræfter videnshullet i et nyt stort tysk studie. Det viser at der i 12 forskellige rehabiliteringsteams er fundet helt basale udækkede grundbehov for

teamtræning og teamudvikling på områderne; ledelsescoaching og træning, kommunikationstræning, arbejde med attituder og indstillinger i forhold til teamsamarbejde, specifik opgaveorienteret udvikling og teamets samværsformer. Strasser et al. (3,4) påviser, i randomiserede studier fra USA, at det nytter med en målrettet indsats på området. De konkluderer at patienter med apopleksi rehabiliteret af personale, som løbende deltog i teamtræning og temadage, gjorde signifikant større funktionelle fremskridt end patienter rehabiliteret af teams, som ingen løbende teamtræning modtog. Dermed har Strasser et al. påbegyndt det vigtige forskningsarbejde med at fylde «videnshullet» op.

### Teambegrebet – et komplekst fænomen

Teambegrebet har været anvendt i mange år, men vi har stadig en meget begrænset forståelse af dette komplekse fænomen. Multidisciplinære teams er et begreb, der bruges til at beskrive mange forskellige samarbejdsarrangementer. Alligevel findes

der ingen alment accepterede definitioner af begreberne teams eller teamsamarbejde (5). Forskningsmæssigt og i klinisk praksis er det vigtigt at kunne sondre mellem forskellige typer teams. At bestemme type team er vigtig for at det enkelte teammedlem kan forstå sin egen rolle i teamet, og for at ledelsen overordnet kan planlægge og koordinere herefter. Ligeledes er det vigtigt for at kunne beslutte hvilken teamtype der bedst egner sig til arbejdsopgaven og patientpopulationen. Øvretveit (6) angiver fem centrale områder som teams minimum bør beskrive og forholde sig til.

1. *Graden af integration og kollektive beslutninger i teamet* – eller det modsatte, gående fra løst netværksamarbejde som er frivilligt i den ene ende til tæt integreret teamsamarbejde med kollektive beslutninger i den anden ende. Dette kræver i givet fald fælles ledelsesreference.

2. *Graden af kollektivt ansvar omkring hvor meget teamet har fælles ansvar for ressourceanvendelse og planlægning af rehabiliteringsopgaverne*, herunder indlæggelsestid og opfølgning. Dog stadig med selvstændigt monofagligt ansvar.

3. *Team medlemskab. Hvem er medlem af teamet, og hvem er ikke? Samt hvad indebærer det at være medlem?* Medlemskabet definerer teamets grænser og loyalitetsforpligtelser. Har man kernemedlemskab med beslutningsret og til hvad, eller er man tilknyttet på konsulentbasis uden beslutningsret? At definere medlemskab markerer skiftet fra at være en samarbejdende gruppe til at blive et team. Hvilke faggrupper skal være medlem af teamet? Samt definere hvem der eventuelt har særlige kompetencer og/eller rettigheder på grund af specialuddannelse eller anden erfaring, herunder hvem der kan og må supervisere hvem. Også eventuel tværfaglig supervision (veiledning, red.) der krydser faggrænser.

4. *Måden patienterne passerer igennem teamet og rehabiliteringsorganisationen på, herunder planlægning af henvisningsprocedurer.* Hvem har visitationsret og til hvad? Mødestruktur, vurderinger og tilbagemeldinger fra de enkelte faggrupper samt om der skal være forud fastlagte eller fleksible behandlingstider for patienterne. Ligeledes om der skal være tvær- eller monofaglig journalføring med mere.

5. *Ledelsesstrukturer både overordnede ledelse og referenceforhold, samt eventuel teamledelse eller kollektiv teamledelse og variationer heraf.* Herunder de kontroversielle udfordringer med monofaglig ledelse kontra teamledelse, og hvad det eventuelt

betyder for de enkelte faggruppers autonomi og tidsforbrug.

*En del af problemet: professionskamp og hierarkisk organisations- og ledelsesstruktur*  
En sundhedsprofessionsfaglig kultur- og behandlertankegang påvirker i sig selv tværfaglige samarbejdsevner negativt, fordi sundhedsprofessioner i sin essens er karakteriseret ved ønsket om autonomi, dominans og kontrol i modsætning til kollegialitet og tillid (7). Et lignende paradoks findes i sundhedsvæsenets ledelsesmæssige hierarkiske og vertikale opbygning samt uddannelseskulturen (8) som ikke fremmer teamtankegangen, der af natur er horisontal. Den overordnede organisations- og ledelsesstruktur er altså selv bærer af en organisationskultur der, på teamniveau, potentielt katalyserer uønskede «bivirkninger» som ledelsesklarhed, beslutningsudytighed, uenighed om teamets formål og patientmål, samt ressource, magt- og kompetencestridigheder (9,10).

#### *Forskning på teamsamarbejde*

Organiseringen af forskellige typer teamsamarbejdes betydning for rehabiliteringsprocessen er, som nævnt, tæt på udforsket. Der er dog påvist sammenhæng mellem teamets selvvalgte trivsel og effektiviteten af rehabiliteringen, ligesom neurorehabilitering virker bedst udført af et specialistteam (11). Eksisterende forskning (12,13,14) fokuserer mest på teamets interne relationer. Få har undersøgt teamets eksterne relationer, herunder mere perifert tilknyttede faggrupper, den organisatoriske baggrund samt ledelsesstrukturens betydning.

I et brugercentreret (15,16) perspektiv er det uafklaret hvorvidt patienten bør betragtes som et internt eller eksternt teammedlem, samt om team fungerer bedre med fast tilknyttede medlemmer eller medlemmer med en mere løs eller skiftende teamtilknytning. Grumbach et al. (17) mener, at hvis teamsamarbejde overhovedet udføres, så er det endnu ikke forskningsbaseret. Herunder at faggrupper der samarbejder ustruktureret om rehabilitering, først bliver et team, når de reelt demonstrerer struktureret teamsamarbejde og præcist ved, hvem der indgår i teamet. Der er således mange myter om hvordan teamsamarbejde bør ledes og organiseres, mens selve teamsamarbejdsprocessen, ifølge Mccallin (18), overhovedet ikke er systematisk undersøgt.

#### *Teamtype: Opgaven vs teamet som social enhed*

Teamsamarbejde består ifølge West (19) overordnet af to ligeværdige dimensioner, nemlig den professionelle arbejdsopgave som teamet skal udføre og teamet som social enhed. For at blive et velfungerende team skal disse to dimensioner supplere hinanden. Disse to kan underopdeles i fire typer teamsamarbejde; (a) varmt velfungerende team, (b) hyggeligt team, (c) dysfunktionelt team, (d) koldt og effektivt team. Alle med forskellige karakteristika for høj og lav social- og opgaverefleksivitet (se tabel 1). Det varme og velfungerende team (a) er idealet. Ingen medarbejdere ønsker, ifølge West, i længere tid at arbejde i andre typer teams end i type (a) teams, og dermed formentlig heller ikke løbende at veksle mellem forskellige teams.

Hvis teamet skal kunne forholde sig til egen psykiske trivsel, er det også ifølge Aanderaa (20) helt centralt at «tonen» i teamets drøftelser og samvær er varm, generøs og overbærende, udtrykt via respekt og værdighed. Aanderaa karakteriserer velfungerende teams ved at de finder en hensigtsmæssig balance mellem arbejdsopgaveorientering og psykisk trivsel; altså følelsesmæssig orientering. Hvis ikke teamet prioriterer, evner eller har overskud til at «pleje» den psykiske trivsel, forsvinder ofte både omsorg og fornemmelsen for hinanden. Det smitter igen direkte af på både opgaveeffektivitet, medarbejdertrivsel og teamets levedygtighed.

#### *«Modne teams»: høj opgaveeffektivitet og psykisk trivsel*

Hvor tidligere omtalte Øvretveit måske mest orienterer sig mod en detaljeret beskrivelse af teamets professionelle arbejdsopgave, beskriver Axelson og Thylefors (21) kendetegnene ved det modne team med god psykisk trivsel. Her er de enkelte teammedlemmer stærke og fagligt kompetente nok, til både at stå på egne ben og agere selvstændigt, og alligevel føle sig helt sikre på opbakning fra teamet. Teamet kan veksle imellem at håndtere såvel selvstændighed, som afhængighed og nærhed. En vigtig indikator på modne teams er blandt andet at de ofte har en høj grad af humor (22), selv ved travlhed og under drøftelse af alvorlige emner. Mangel på humor er et potentielt advarselstegn om umodne teams, og om potentiel dårlig psykisk trivsel i teamet. Axelson og Thylefors karakteriserer det modne team sådant:

- Medlemmerne er bevidste om egne og andres ressourcer når det gælder arbejdet for gruppens opgaver.
- De individuelle forskelle accepteres

Tabell 1. Fire teamtyper afhængig af type opgave og sociale relationer.

Social refleksivitet	Opgavens refleksivitet	
	Høj	Lav
Høj	(a) Varmt og velfungerende team <ul style="list-style-type: none"> <li>• Høj opgaveeffektivitet</li> <li>• God psykisk trivsel</li> <li>• Lang levetid</li> </ul>	(b) Hyggeligt team <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lav opgaveeffektivitet</li> <li>• Gennemsnitlig psykisk trivsel</li> <li>• Kort levetid</li> </ul>
Lav	(d) Kaldt og effektivt team <ul style="list-style-type: none"> <li>• Høj opgaveeffektivitet</li> <li>• Middel til dårlig psykisk trivsel</li> <li>• Kort levetid</li> </ul>	(c) Dysfunktionelt team <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lav opgaveeffektivitet</li> <li>• Dårlig psykisk trivsel</li> <li>• Meget kort levetid</li> </ul>

Note. Refleksivitet betyder her gensidig påvirkning mellem gruppemedlemmerne (socialt) og mellem opgaven og gruppen (opgaverefleksivitet).

uden at blive sat i bås som gode eller dårlige.

- Gruppen har en autoritetsstruktur og et samspilsmønster som medlemmerne kender og accepterer.
- Gruppebeslutninger træffes ud fra rationelle diskussioner. Mindretals-synspunkter får opmærksomhed og opmuntres. Der gøres ingen forsøg på at fremtvinge beslutninger eller falsk enighed.
- Gruppens konflikter handler om mål, metoder og effektivitet. Der er kun få konflikter om struktur, procedurer og relationer.
- Medlemmerne er bevidste om gruppens dynamik og egen rolle heri.

#### Løsningsforslag: Anerkendende dialog

Anerkendende dialog kan være svaret på ovenstående udfordringer med teamsamarbejdets betydninger for rehabiliteringsprocessen. Anerkendende dialog er både i teori og praksis nært forbundet med eksistensfilosofiens ide om det gode liv. Måden at inddrage filosofi på her, er at lære at mestre *dialogisk praksis i hverdagen*, og netop ikke at mestre højtsvævende filosofisk teori (23). Anerkendende dialogs videnskabsteoretiske slægt-skab med eksistensfilosofien ridses derfor op, ved kort at inddrage *Lévinas* og *Freire's* dialogforståelser og etiske menneskesyn. I Danmark har *Alrø & Kristiansen* forsket i anerkendende dialogisk praksis gennem mange år, dog primært i socialvæsenet.

#### Anerkendende dialog

At føle sig anerkendt giver livskraft og energi  
At føle sig anerkendt giver livskraft og

energi. Reel anerkendelse forudsætter gensidig tillid, samt organisatorisk læring gennem en dialogisk praksis, ifølge Fogh Kirkeby (24). Dialog (25) er en fælles refleksions- og dannelsesproces, som fokuserer på at stimulere autentiske læringsprocesser og undringsfællesskaber; det som team sammen at turde stå i det åbne i et fælles eksistentielt nærvær og undres. Dialog og anerkendelse går hånd i hånd. Anerkendelse i eksistentiel forstand betyder ikke at uddele ros eller tale pænt om andre. Anerkendelse er at tage egne og andres oplevelser samt væremåder alvorligt, herunder at kunne sætte sig i den andens situation uden at stille sig til dommer. Anerkendelse er at udstråle accept, nærvær og hjertelighed og derved at bekræfte den anden som menneske ved at signalere; jeg ser, hører og respekterer dig. At holde af den anden som hun er, uden at ville ændre hende. Anerkendelse består, ifølge Honneth (26), af tre centrale aspekter som, når alle er til stede i ledelse og team, opbygger selvtillid, selvgættelse og selvværdsættelse:

- Følelsesmæssig opmærksomhed
- Kognitiv eller professionel respekt
- Social værdsættelse

#### Relationer i teamet, og mellem team og patient

Når anerkendende dialog går begge veje bringes relationen i fokus. Indenfor rehabilitering er anerkendelse og dialog i relationen mellem behandlerne og patienterne også helt central. Sigurgeirdottir et al. (27) har netop påvist at systematisk relationsarbejde i forhold til patienternes eksistentielle følelsesmæssige behov, har overset stor betydning

indenfor rehabilitering. Modne teams og teammedarbejdere arbejder anerkendende dialogisk med relationerne, ved blandt andet at inddrage «stemningerne» og følelserne bagved (28), til gavn for rehabiliteringen. Altså det systematisk at guide patienten til se nye muligheder og igen at finde mening med tilværelsen (29). Anerkendende dialog kan her både være et teamkommunikationsværktøj og et patient-behandler kommunikationsværktøj, der åbner op for en ny dimension, som kan medvirke til at udvide tværfagligheden i rehabilitering. Nedenfor et citat, Billund et al. (30), som anskueliggør dette:

«Vi forstår anerkendelse som en særlig forståelsesmæssig og kommunikativ tilgang til andre mennesker, som inkluderer at vi møder andre (også) på deres «indersider» – forstået som de følelser, tanker, behov, intentioner, ideer, værdier og holdninger der ligger bag den umiddelbart iagttagelige adfærd. Det betyder for eksempel at det, der ikke umiddelbart lyder som en invitation til dialog; «Kommer du først nu?!», frem for at blive fortolket som en anklage og et surt opstød, kan forstås som et ønske om at være sammen eller endog et savn. Det er her vi oplever tilgangens største styrke; vi får hjælp til at se flere muligheder for og initiativer til kontakt og dialog.» [Billund et al. (30, s 79-80)]

#### I relation med sig selv for at kunne relatere sig til andre

At turde være en personlig fagprofessionel er at stå ved det menneske man også er, og handler derfor ikke om at udlevere sit privatliv, som nogle måske tror. Derimod drejer det sig om engageret og passioneret i teamet, overfor patienterne samt sig selv, at kunne gå i anerkendende dialog om helt basale almenmenneskelige grundforhold. Disse kan være kærlighed, mod, tillid, nærvær, åbenhed, troværdighed, respekt, håb, engagement, accept, følelser, omsorg, empati, forsoning, tilgivelse og sikkert endnu flere. Begreber der i sig selv rummer sin egen skyggeside og modsætning som for eksempel, kærlighed og had, mod og skam, tillid og lukkethed, og nærvær og distance, med flere.

Anerkendende dialog synes at forudsætte det den 14. Dalai Lama kalder åndelighed:

«Det er vigtigt at man sørger for at skelne mellem religion og åndelighed. Religion ser jeg som noget, der drejer sig om at tro.» «Åndelighed ser jeg som noget, der drejer sig om kvaliteter af menneskets ånd

– såsom kærlighed og medfølelse, tålmodighed, tolerance, tilgivelse, tilfredshed, en følelse af ansvarlighed, en følelse af harmoni – som bringer både en selv og andre lykke. Det er derfor, jeg sommetider siger, at religion er noget vi måske kan undvære. Det vi ikke kan undvære er disse grundlæggende åndelige kvaliteter» (Tenzin Gyatso, Den 14. Dalai Lama, Borgens Forlag, 2005, side 8-9)

Levinas (31) kongstanke går på at blikket i ansigtet hos den anden afspejler om jeg påtager mig mit etiske medansvar for medmennesket, teamkollegaen, patienten med flere, via den næstekærlige handlings anerkendende og dialogiske gensvar. Her går det etiske forud for absolut alting, og uselvvisk kærlighed til mennesker er en livsindstilling, en måde at handle og agere på, som ikke begrænser sig til en enkelt person. Arman (32) beskriver at kærlighed er tillidsfuld åbenhed og signalerer dyb respekt, anerkendelse samt ærbødighed, og oftest er udtalt, uhørbar og tilsyneladende usynlig. Men ifølge Levinas ses det altid i dit blik, hvis du udstråler åndsnærvar og åbenhed.

*Respekt for kollega og patients autonomi: indiskutabelt og kardinaltegn på dialog*

Ifølge Levinas eksponerer den andens ansigt, såvel patientens som teamkollegaens, en nøgen sårbarhed, nød og trængsel, som uvægerligt giver mig et ansvar. Ansigtets udtryk er en etisk appel, der beder og byder samtidig. Hvis man elsker mennesker, er svaret herpå en spontan anerkendende næstekærlig handling. Og vel at mærke en handling, der véd, at kærlighed er at give og at handle aktivt, og ikke forventer noget til gengæld. Denne pointé er helt central både i forhold til teamkollegaer og i relationerne med patienterne. Netop spontaniteten i denne, ikke beregnede eller bevidst planlagte, anerkendende næstekærlige handling er et kardinaltegn på respekt og værdighed, overfor den andens helt og aldeles ukrænkelige autonomi. Dermed er det en af de mest centrale forudsætninger for at opnå kontakt og tillid. Individets autonomi er nemlig hjertet i Levinas etik og syn på menneskelige relationer, hvis der skal kunne opstå anerkendende dialog.

*Antialog – at kommunikere asymmetrisk, ukærligt og undertrykkende*

Freire (33), har som Levinas et kærligt forhold til anerkendende dialog. Udover kærlighed er det at udvise følelser, ydmyghed, samarbejde, mod og håb, samt ikke mindst at handle og leve sådan, centrale temaer for

Freire. Han forholder sig også til antialog. Det antialogiske menneske eller den antialogiske organisation, gruppe eller team forsøger at «erobre» andre mennesker, i stigende grad og med næsten alle midler, fra de mest hårdhændede til de mest forfinede. Derved skabes en asymmetrisk og undertrykkende samt selvforstærkende magtkultur både i forhold til patienterne og i forhold til de ansatte fra top til bund. Diskussion, manipulation og splitting er således, bevidst eller ubevidst, anvendte instrumenter og en forudsætning for at fastholde den antialogiske magt. Dette kan blandt andet gøres ved at skabe myter, ved at simplificere eller ved at overkomplicere, ved bevidst at misinformere, ved at plante «forkerte» oplysninger, og ved at skabe sydebukke. Kort sagt at undgå anerkendende dialog og fællesskabshandlinger. Det antialogiske menneske ønsker oftest at bevare egen magt, status, indflydelse, position samt måde at leve og arbejde på mere end noget andet.

*Mod til at være sig selv i dialogen uden at ville herske eller beherske*

Magtanvendelse (34) er når en person eller en gruppe får en anden person eller gruppe til at gøre noget andet end de havde tænkt sig at gøre. Teammedlemmer eller ledere der i situationen bruger magt i deres måde at kommunikere med andre om faglige eller patientrelaterede sager på, oplever formentlig selv bevidst eller ubevidst angst når den eller de som «trues» ikke bliver bange. På den måde mister de til dels magten og kontrollen over situationen, samt ikke mindst over sig selv, uanset om de gennemtvinger beslutninger eller ej. Derfor taler Freire om «... sadismen hos de herskende og masochismen hos de beherskede.» Begge parter, som er lige undertrykte (primært af sig selv) og ufrie, bør mødes med kærlighed af den tredje part, de som ikke er bange, og som er modige nok til at fastholde fokus på sagen.

Men hvad er mod? I et eksistensfilosofisk perspektiv er mod at konfrontere og møde, den angst der naturligt aktiveres under ens søgen efter frihed, på «rejsen» mod et mere autentisk liv og arbejdsliv. I en teamstruktur hvor man har aftalt at kommunikere anerkendende dialogisk, fortæller de modige på en omsorgsfuld måde magtudøveren at hun i situationen «slukker og lukker» for dialogen, når hun kommunikerer på denne måde. Dette er anerkendelse i sig selv. Det er ikke anerkendende at undlade at gøre det, fordi man ved sin passivitet derved aktivt bidrager til teamets fortsatte undertrykkelse og umodne handlemåde.

*Anerkendende dialog er også at kunne tilgive*

Men anerkendende dialog er også at kunne tilgive, hvis chefen eller teamkollegaen, måske endog patienten har såret dig eller på anden vis optrådt uetisk og krænkende. Kærlighed og tilgivelse er uløseligt forbundne, og tilgivelse er hævners modsætning. Ved at tilgive «befrier» du både dig selv og den anden. Uden tilgivelse vil personene fremover være handlingslammede og fastlåste i forhold til hinanden. Derfor er det svært at skabe en fælles fremtid uden tilgivelse. Hænger man fast i fortiden, går tilværelsen på en måde i stå. Tilgivelse er at give slip på fortiden og dermed at åbne op for en ny fremtid sammen, uden at det nødvendigvis kræver gensidig enighed om skyld eller uskyld. Også i teamets dialog er tilgivelse et vigtigt tema. Teammedlemmer, samt i øvrigt patienter og alle andre, magter bedst at være kreative, modige, risikovillige, generøse, åbne og ærlige, når de føler sig trygge og har tillid til at de ikke bliver dømt «ude» hvis de dummer sig.

*Unngåelse av konflikter: bagsiden ved en overdreven feminin teamkultur*

Slangen i paradiset kan være, hvis teamet tror man skal være enige om alting, og derfor ikke har en åben anerkendende dialogisk mangfoldighed til personlig individuel kreativitet og forskellige monofaglige tilgange samt synspunkter i gruppen. Dette er misforstået og handlingslammende for ethvert team, som derved selv bliver medvirkende årsag til manglende kreativitet, initiativ, individualitet og udvikling, uanset ledelsesform. En organisationskultur der *overvejende* domineres af feminine værdier (35), risikerer at havne her fordi beslutningstagning i en feminin teamkultur ofte fokuserer på at skabe enighed og drage omsorg for at dele sol og vind lige samt at være ikke dominerende. I stedet for at gå i anerkendende dialog omkring beslutninger eller tiltag man finder fagligt problematiske, risikeres at nogle teammedlemmer (36) vælger at holde mund. Dette fordi man fejlagtigt vægter teamsolidaritets og det at undgå konflikter i teamet højere end fagligheden og dermed patienternes tarv. Det er en umoden teamkultur med dårlig psykisk trivsel der gør sådant.

*Dialog ad Alrø & Kristiansen: et nyt værktøj til tværfaglig klinisk ræsonnering?*

Alrø og Kristiansen (37) taler om dialog som en undersøgende uforudsigelig og nysgerrig samtale der er risikofyldt, og som består af samhørighed og fælles ansvar, er erfaringsbaseret, ærlig og funderet på idealet om

menneskelig ligeværdighed. At forstå dialog som et undersøgelsesværktøj og et fælles «sprog» teamet kan anvende til tværfaglig klinisk ræsonnering (38,39) ved konferencer og teammøder er centralt i en rehabiliterings-sammenhæng. En kort beskrivelse af Alrø og Kristiansens dialogforståelse er:

- Grundlæggende accept af den anden som ligeværdig dialogpartner.
- Nysgerrighed overfor det fremmede i den andens perspektiv.
- Indlevelse i den andens perspektiv «som om» det var ens eget.
- Vilje til at sætte spørgsmålstegn ved egne forforståelser og fremførte synspunkter, det at praktisere perspektivrefleksion.
- Mod til at løbe en risiko for at komme et nyt sted hen.
- Evne til at rumme midlertidig utryghed, tvivl, mental forvirring med mere.
- Ærlighed og spontanitet med tanke på at sige det, som er relevant. Altså at der er overensstemmelse og sammenfald mellem det, personen tænker og føler indadtil, og det, hun siger og gør udadtil i forhold til det, som sker i relationen mellem den anden og en selv.

Bygger på erfaringsbaseret viden, altså at tale ud fra egen erfaret praksis.

*Oprigtig dialog: overensstemmelse mellem det man siger, tænker og gør*

Ovenstående udtrykker tilsyneladende mest det man siger; altså den «ydre» dialog. Vi har dog alle nogle «skyggesider» som af og til stikker hovedet frem, når der bliver trykket på nogle bestemte knapper. Skyggesiderne kan være en bred variation af reaktionsmønstre, følelser og måder at tænke på, som den enkelte ofte har kategoriseret som forkerte, nedvurderende, pinlige, smertefulde, angstprovokerende, bedrevidende, selvoptagede, forstyrrende, krigeriske med flere. Skyggesiderne vil, hvis en ikke har en indre dialog hermed, styre ens ydre dialog samt ens «impulshandlinger» mere end nødvendigt. Det er eksempelvis ægte, indsigtfuldt, modigt og stærkt, overfor teamkollegaerne, at vise og stå ved sin usikkerhed, hvorimod «lånt» styrke netop signalerer svaghed.

I bund og grund drejer indre dialog sig om at lære sig selv mere at kende og måske vigtigst af alt, at man bærer over med sig selv og selvfølgelig hinanden når nogen reagerer uhensigtsmæssigt i team- og patientrelationerne. Man skal turde at stå ved både

**Tabel 2.** Forskellen på diskussion og dialog, av Alrø og Kristiansen (46).

Diskussion	Dialog
<p><b>Overbevisning:</b></p> <p>– det handler om at vinde. Jeg behøver ikke blive klogere. Jeg har det rigtige svar.</p> <p>Jeg viser hvorfor du tager fejl. Jeg lytter for at finde fejl. Mine holdninger er sandhed. Jeg holder kortene tæt ind til kroppen.</p> <p>Jeg tager ikke hensyn til hvordan du har det.</p>	<p><b>Fælles undersøgelse:</b></p> <p>– det handler om at undersøge. Vi kan alle lære af hinanden. Til sammen kan vi finde en god løsning: – vi deler kompetencer og erfaringer. Vi vover at gå efter en ny, fælles løsning. Jeg lytter for at forstå. Vores holdninger skal undersøges. Jeg fremlægger tvivl på dine og mine synspunkter. Vi skaber et trygt undersøgelsesrum hvor det er OK at «dumme» sig.</p>

de gode og de mindre gode sider af sig selv, også på arbejdspladsen. Herunder selvfølgelig bære over med teamkolleger, patienter og samarbejdspartnere, når de på en «dårlig» dag står ved sig selv. Modne teams er klar over at alle mennesker indeholder forskellige faglige og personlige ressourcer, og forstår fleksibelt at inddrage disse i teamsamarbejdet. Umodne teams kommer derimod let til at tro, at jo mere uniformitet og ensartethed, jo bedre.

*Den største sejr er sejren over sig selv*

Uselvsk kærlighed til mennesker og tilgivelse gælder, apropos ovenstående, i høj grad også en selv. Måske er det endog knap så svært at tilgive andre, som sig selv. Platon skriver i sin sidste dialog, «Lovene», at enhver er i krig med sig selv, men den største sejr er den over sig selv. Den indre dialog handler derfor om at blive bevidst om alt det der rører sig i sig selv i det nuværende øjeblik. Et dybere indre nærvær (40, 41, 42) vil kunne åbne vejen for både personlig og faglig udvikling. Nærværet bør også omfatte det som man ofte ikke vil kendes ved, men som der kan og bør læres noget af, for eksempel skyggesiderne. I den ydre dialog med teamet kan man så, i det omfang det har betydning for løsningen af teamets professionelle opgaver og for teamets psykiske trivsel samt for rehabiliteringen, under trygge rammer få hjælp hertil.

**Anerkendende dialog vs magtrelationer**

Der hvor der ikke er anerkendende dialog er der magt, og magt har mange forklædninger. Magt er også at opnå hvad man vil, samt at kunne forhindre den udvikling man ikke ønsker. Magt er ofte omgærdet af tabu, men

magtrelationer er til stede i enhver organisation. Magt er sig selv hverken positiv eller negativ. I et etisk perspektiv er det hvordan magten bruges eller misbruges som er interessant. Anerkendende dialog kan endda opfattes som en ny magtform (43), fordi gamle dogmer og kommunikationsformer vil føle sig udfordret heraf. At bevare gamle «rettigheder» og vaner kræver nemlig magt, ligesom det at indføre forandringer gør. Ofte er der uformelle faglige og tværfaglige subkulturer i teams, som har stor indflydelse og magt (44), uden nødvendigvis at have formel ledelse. Disse subkulturer kan enten blive en kilde til udvikling og vækst eller vedvarende blokere herfor, afhængig af, hvordan team og ledelse vælger at forholde sig hertil. I alle relationer, herunder i teamrelationer og i patient-behandler relationer, udspiller der sig udover det «spil», der foregår på overfladen, altså forskellige former for magtspil, ifølge Bourdieu (45).

*Diskussion for magtens skyld vs anerkendende dialog for udviklings skyld*

Mange organisationer og teams har dialog som nedskrevet teoretisk værdigrundlag og mål, men i praksis diskussion som foretrukne handlemåde. Diskussion er oftest skjult magtanvendelse og er dræbende giftig for teamsamarbejde, fordi man ikke kan tænke, undres og udvikle *sammen*, samtidig med, at man diskuterer for at få ret. Når diskussion anvendes i teamsamarbejdet, udvises i princippet hverken følelsesmæssig opmærksomhed, professionel respekt eller social værdsættelse overfor teamkollegaerne, ifølge Honneth. Distinktionen mellem diskussion og dialog skitseres af Alrø og Kristiansen (46) i tabel 2.

*Konflikter: en naturlig del af teamsamarbejde og udvikling*

Konflikter er en naturlig del af teamsamarbejde, men konflikter er også tabubelagte og ofte uønskede. Imidlertid er «... fravær af konflikter ikke et tegn på styrke eller modenhed, snarere på frygt og ligegyldighed.» (47). En del konflikter handler om at formålet med teamsamarbejdet og spillereglerne herfor er uklare eller tolkes forskelligt. Uklarheder herom er primært et ledelsesansvar. Når det er sagt, er der tit både energi, kreativitet og engagement i konflikter. Konflikter som håndteres anerkendende dialogisk kan ofte blive afsat til en positiv udvikling. Gode konfliktløsningsevner er derfor en overset og ligeså vigtig kompetence, som gode samarbejdsevner. Konfliktundvigelse medfører dårlig psykisk trivsel, samt en uærlig og umoden teamkultur.

*Varme og kolde konflikter*

Overordnet kan man sondre mellem varme og kolde konflikter. Kolde konflikter medfører afvikling og håbløshed, mens varme konflikter håndteres anerkendende dialogisk planter liv, håb og udvikling. De kolde konflikter kan ofte være skjulte magtkampe eller udtryk for at nogle medarbejdere i deres relationer til samarbejdspartnere, helt misforstået, primært forholder sig til personen og ikke til de professionelle kompetencer personen er bærer af. Sådanne mennesker er ofte styret af hvem de kan lide og ikke kan lide og opfører sig i realiteten ligesom nogle børn i skolen, ved bevidst eller ubevidst at styre hvem der bliver lukket ind i teamet og hvem der holdes udenfor. I skolen kaldes det mobning. Sådanne forhold bør naturligvis håndteres ledelsesmæssigt, men hvis ledelsen bevidst eller ubevidst bidrager hertil, eller stiltiende lader det foregå og kigger den anden vej, er fanden løs.

*Uklare mål for teamsamarbejdet åbner for magt- og professionskampe*

Magtkampe og konflikter kan også handle om hvilket menneskesyn og videnskabsparadigme, der primært skal være det styrende værdigrundlag for teamsamarbejdet og dermed for rehabiliteringen. Eksempelvis opfatter lægeprofessionen generelt teamsamarbejdet som en ny måde at opretholde kontrol og styring over andre sundhedsprofessioner på (48). Omvendt sætter de andre sundhedsprofessioner ofte store spørgsmålstejn ved fornuften af et medicinsk overherredømme indenfor teamsamarbejde og rehabilitering. Der er således ofte ingen klarhed i teams omkring den enkelte faggruppes egne, eller

andre teammedlemmers monofaglige roller og ansvarsområder (49). Internt i egen faggruppe kan der også være flere forskellige opfattelser af egen rolle, samt af hvilken monofaglig rolle faggruppen har i tilgangen til patienten. I et modent team vil det ofte opfattes som en styrke, hvorimod det i et umodent team kan opfattes som uoverskueligt og uprofessionelt.

*En etisk udfordring: at minimere magtovergreb*

En etisk (50) udfordring for teamet bliver derfor at minimere magtovergreb både internt i forhold til sig selv og eksternt i forhold til patienterne. Her er det vigtigt at lokalisere magtmekanismer (51) af uddannelsesmæssig, faglig, tværfaglig, organisatorisk, ledelsesmæssig, kulturel eller social art. Dette fordi de besværliggør en udvikling, hvor magten anvendes konstruktivt og etisk forsvarligt. Det er, som nævnt tidligere, påvist at ledelsesklarhed resulterer i lav teameffektivitet og dårlig kvalitet af teamsamarbejdet, samt at teamets effektivitet falder dramatisk når forskellige faggrupper i teamet har forskellige ledelsesreferencer i eget bagland (52). Ledelsesklarhed er også at undlade at skabe klarhed omkring formålene med teamsamarbejdet. Er «spillereglerne» herfor ikke klare, har man jo ikke en chance for at følge disse, eller vide hvornår man bryder dem. En moden teamkultur arbejder derfor løbende aktivt med at i talesætte «spillereglerne». Herved klagøres hvem der har magt til hvad, og risikoen for magtovergreb nedsættes. Her er det vigtigt at forstå at der altid er undtagelser fra regler og retningslinier. Professionelt tværfagligt teamsamarbejde, diagnostik og behandling består blandt andet i at finde undtagelsen der bekræfter reglen, og på grund heraf iværksætte og udføre den individuelt tilpassede og korrekte klientcentrerede rehabiliteringsplan.

*Ligeværdige og herredømmefri relationer i rehabiliteringsteams?*

En af konsekvenserne af en anerkendende dialogisk teamstruktur er ifølge Bredland et al (53), at ingen kan beordre eller ordinere hvad andre skal gøre. Her er der virkelig magt på spil, for magtovergreb, dominans og undertrykkelse er det stik modsatte af anerkendelse. Reel ligeværdighed i tale og handling er en grundlæggende forudsætning for teamsamarbejde, og magtforskelle i teamet er en alvorlig barriere herfor. Alligevel er en åben dialog i teamet om sådanne, formelle eller uformelle, magtasymmetrier, på sigt måske alligevel det som kan medvirke til no-

get, der nærmer sig ligeværdighed i teamets interne og eksterne relationer. Spørgsmålet er om man overhovedet kan tale om anerkendende dialog i en teamstruktur der ikke er herredømmefri?

*At klare sig uden magt*

I situationer hvor teamet, eller enkeltpersoner i teamet, ikke ønsker formelle eller uformelle teammagthavere, kan disses dominans ses som et uetisk overgreb. Derfor er eventuel teamledelsesfunktion, ideelt set, baseret på en gensidig overenskomst mellem ledelse og teammedlemmer, hvor ansvarsområder, rettigheder og pligter er tydelige for alle. Alternativet er en uklar organisatorisk og kaotisk magtsituation, hvor ledelse hverken er ønsket eller har opbakning. Moderne teamledelse forudsætter, ifølge Belbin (54), netop at kunne klare sig uden magt. En eventuel teamledelse må først og fremmest vinde opbakning, respekt og tillid fra dem der skal ledes, via egne handlinger og kompetencer, der derved at vise sig værdig til teamets anerkendelse, uanset formelle magtbeføjelser. Men selv umulige chefer har også brug for anerkendelse, og man kan ofte ligeså godt forsøge at udvikle den chef man har, som at risikere at få en ny.

**Afrunding og vejen frem**

*Forskning på teamsamarbejde*

Forskning på området teamsamarbejdets betydning for rehabiliteringsprocessen er tæt på ikke-eksisterende i Skandinavien. Derfor bør der fremover forskes i teamsammensætning, teamtype, teamlæring, teamets interne og eksterne kommunikation, samt organisations- og ledelsesformer, herunder afklaring af teammedlemmers formelle og uformelle magt og roller i forhold til hinanden. Det er et paradoks at der er evidens for at neurorehabilitering udført af et specialistteam virker, mens ingen af de respektive faggruppers behandling på teamområdet i sig selv er særlig evidensunderbyggede. Det taler for fremtidigt at forske mere i teamsamarbejdets betydninger for rehabiliteringsprocessen, herunder betydningen af relationerne mellem teamet og patienterne.

*Løbende teamsupervision: et minimumskrav til specialiseret rehabilitering*

Fleere forhold er vigtige at fremdrage i forhold til udvikling og kvalitetssikring af en kompetent rehabiliteringspraksis og teamsamarbejde. Opretholdelse af et blivende engagement i teamsamarbejde fordrer løbende supervision (veiledning, red.) og undervisning i aktuelle temaer; teaminteraktion, etik,

brugercentrering, tværfaglighed, uformel ledelse, konflikthåndtering, anerkendende dialog, herunder indre og ydre dialog, skygesider med mere. Løbende professionel ekstern supervision er en af flere evidensbaserede muligheder, hvis en anerkendende dialogisk teamkultur ønskes opdyrket. En anden evidensbaseret mulighed er igangsætning af en målrettet tværfaglig lærings- og uddannelsesaktivitet hvor flere sundhedsprofessioner sammen lærer om, og især med hinanden. Som omtalt er de menneskelige og terapeutiske relationers betydning mellem patient og team af hidtil overset stor betydning indenfor rehabilitering. Det betyder at teamet, som psykologer der arbejder meget i den terapeutiske proces, blandt andet ved at «investere» sig selv, naturligvis også har brug for supervision og konkrete redskaber at gøre dette med, uden at «brænde» ud.

*Omprioritering af ressourcer for at sikre teamsupervision?*

Ekstern supervision, løbende teamundervisning eller teamtræning koster penge. Men det kan ikke udelukkes, apropos omtalte forskningsresultater, at nuværende rehabiliteringsressourcer kan anvendes mere hensigtsmæssigt. Politikere og sundhedsregionerne bør derfor overveje nye strategier på området, herunder stille krav om løbende kvalitetssikring eller «clinical audits» på teamsamarbejdsområdet. På linje med at man helt naturligt prioriterer penge til andre sundhedsprofessioners specialisering og videreuddannelse må løbende uddannelse, supervision og eventuel specialisering af det tværfaglige rehabiliteringspersonale antages at være lige så central. Der er nu evidens for at løbende uddannelse af teams indenfor rehabilitering virker, både på patientresultater og på teamets effektivitet og psykiske trivsel. Med uddannelse menes her ikke eksterne fagspecifikke kurser, uanset om disse formentlig er en vigtig del af den monofaglige kompetenceudvikling. Ej heller menes der internt arrangeret faglig oplæring eller almindelig introduktion. Supervision og teamtræning er noget helt andet.

*Mangel på teamsupervision og uddannelse i teamsamarbejde: et ledelsessvigt?*

En måde at perspektivere ovenstående på er at politikerne, sygehusejerne og rehabiliteringsinstitutionernes ledelser svigter professionelt, hvis de ikke fremtidigt synligt og systematisk medvirker til at udvikle vel fungerende teamsamarbejdsenheder indenfor rehabiliteringsområdet. Herunder sikrer attraktive team arbejdspladser der tiltrækker,

uddanner, udvikler og fastholder et bredt spektrum af kompetente medarbejdere.

**Tak**

Psykolog Svend Andersen og fagredaktør Kjartan Vårbakken har tålmodigt lagt megen energi i at hjælpe mig med at få struktur på artiklen. En stor varm anerkendende tak for det! Flere andre har været til vigtig inspiration eller på anden vis bidraget med processen, også tak til jer: Fysioterapeuterne Jakob Gram, David Hansen, Ulla Torp, Johanne Rasmussen og Marianne Borne, Lektor, Ph.D Peter Axel Nielsen, Professor Helle Alrø, Professor, Dr. Phil. Ole Fogh Kirkeby, Ergoterapeut Gitte Binderup samt sygeplejerske Ph.D Birte Hedegaard Larsen.

**Litteratur**

1. Jeppesen HJ et al. Teamwork and associated psychological factors: A review. *Work & Stress*, 2006; 20(2): 105-28.
2. Körner, M. Teamanalyse und Teamentwicklung in multiprofessionellen Teams ind der medizinische rehabilitation. *GMS Psychosoc Med* 2008; 5.
3. Strasser DC et al. Team functioning and patient outcomes in stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86: 403-9.
4. Strasser DC et al., Team Training and Stroke Rehabilitation Outcomes: A Cluster Randomized Trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89: 10-5.
5. Delarue A et al., Teamworking and organisational performance: A review of survey-based research. *Int. J Manag Rev* 2008; 10: 127-48.
6. Øvretveit J. Five ways to describe a multidisciplinary team, *J Interprof Care* 1996; 10(2): 163-71.
7. San Martin-Rodriguez L et al. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 2005: 132-47.
8. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *J Interprof Care* 2005; 19(1): 188-196.
9. D'Amour D et al., L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Scien Soc Santé* 1999; 17: 68-94.
10. Koeck C. Time for organisational development in Healthcare organisations. *BMJ* 1998; 7;317(7168): 1267-8.
11. Wade D. Investigating the effectiveness of rehabilitation professions – a misguided enterprise? *Clin Rehabil* 2005; 19: 1-3.
12. Haig AJ et al. Measurement of Change in Rehabilitation Team Dynamics With the Team Assessment Profile (TAP). *Int J Rehab Health* 2000: 5(2): 71-83.
13. Lemieux-Charles L. What do we know about Health Care Team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev* 2006; 63: 263-300.
14. Xyrichis A et al. What fosters or prevents inter-professional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(19): 140-53.
15. Karlsson K. Handling dilemmas of self-determination in «user-centred» rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2007; 29(3): 245-53.
16. Suddick KM et al. Therapists' experiences and

perceptions of teamwork in neurological rehabilitation: reasoning behind the team approach, structure and composition of the team and teamworking processes. *Physiother Res Int* 2006; 11(2): 72-83.

17. Grumbach K. et al. Can Health Care Teams improve Primary Care Practice? *JAMA* 2004; 291(10): 1246-51.
18. Mccallin A. Interdisciplinary practice – a matter of teamwork. *J clin nurs* 2001; 10: 419-28.
19. West M. Teamwork – Metoder til effektivt samarbejde. 3. Udgave. Virum: Psykologisk Forlag A/S, 2008.
20. Aanderaa, I. Relationer i teamsamarbejde. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
21. Axelson BL & Thylefors I. Arbejdsgruppens psykologi – det psykosociale arbejdsmiljø. København: Hans Reitzels Forlag, 2008, s 63.
22. Romero E. Humor and group effectiveness. *Human Relations* 2008; 61(3): 395-418.
23. Hadot P. Philosophy as a Way of Life. Oxford: Blackwell Publishers Ltd, 1995, s 89-93.
24. Fogh Kirkeby O. Begivenhedsledelse og HANDLEKRAFT. København: Børsens forlag, 2006.
25. Hansen FT. At stå i det åbne – dannelse gennem filosofisk undren og nærvær. København: Hans Reitzels Forlag, 2008.
26. Honneth A. Behovet for Anerkendelse. København: Hans Reitzels Forlag, 2005.
27. Sigurgeirsdottir J, Halldorsdottir S. Existential struggle and self-reported needs of patients in rehabilitation. *J Adv Nurs* 2008; 61 (4): 384-92.
28. Frølund S. Medard Boss' lægekunst – sociologi i dag. Oslo: Novus Forlag, 1996.
29. Olesen J. Håbet er belønningen til den der vover at tro på fremtiden. *Fysioterapeuten (Danmark)* 2007; 15: 20-8.
30. Billund L et al. Fra: Alrø, Helle et al, Dialog og magt i organisationer. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag, 2004, s 79-80.
31. Lévinas E. Fænomenologi og etik. København: Gyldendal, 2002.
32. Arman M. The Presence of Love in Ethical Caring. *Nursing Forum* 2006; 41(1): 4-12.
33. Freire P. De undertryktes pædagogik. København: Christian Ejlers Forlag, 1972.
34. Engelstad F. Familiedynamikk og maktforhold: En legmanns betragtninger. Fokus på familien 2001; 29(4): 226-42.
35. Andersen K. Kierkegaard og ledelse. Frydenlund, 2004, s 26.
36. Atwall A et al. Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in UK. *Scand J Car Sci* 2005; 19(3): 268-73.
37. Alrø H, Kristiansen M. Supervision som dialogisk læreproces. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag, 2006.
38. Mattingly C et al. Clinical Reasoning. Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice. Philadelphia: F.A. Davis, 1993.
39. Ajjawi R. Learning to communicate clinical reasoning in physiotherapy practice. Doktorgradsavhandling. Sydney: University of Sydney, 2006.
40. Løvlie Schibbye A. Livsbevidsthed – Om at være til stede i eget liv. København: Akademisk Forlag, 2007.
41. Tolle E. Nuets Kraft – nogle til personlig frigørelse. Valby: Borgen, 2007.

42. Olesen J. Boss' and Binswanger's health anthropologies and existential philosophies. *Philos Pract* 2006; 2(2): 99-109.
43. Alrø H, Kristiansen M. Dialog og magt i organisationer. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag, 2004.
44. Baxter S et al. Once a week is not enough: evaluating current measures of teamworking in stroke. *J Eval Clin Pract* 2008; 14: 241-7.
45. Bourdieu P, Wacquant L. *Refleksiv sociologi – mål og midler*. København: Hans Reitzels Forlag, 2002.
46. Alrø H, Kristiansen M. Dialog og magt i organisationer. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag, 2004, side 14-15.
47. Axelson L & Thylefors I. *Arbejdsgruppens psykologi – det psykosociale arbejdsmiljø*. København: Hans Reitzels Forlag, 2008, s 61.
48. Irvine R et al. Interprofessionalism and ethics: consensus or clash of culture. *J Interprof Care* 2002; 3: 199-210.
49. Kneafsey R et al. Multidisciplinary rehabilitation teams: the nurse's role. *Br J Ther Rehab* 2002; 9(1): 24-9.
50. Blackmer J. Ethical Issues in Rehabilitation Medicine. *J Rehab Med* 2000; 32(2): 51-5.
51. Mik-Meyer N. *Magtens former – sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København: Hans Reitzels Forlag, 2007.
52. West MA, Poulton BC. A failure of function: teamwork in primary health care. *J Interprof Care* 1997; 11(2): 205-16.
53. Bredland E et al. *Det handler om verdighet – ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.
54. Belbin M. *Managing without Power*. London: Butterworth-Heinemann, 2001.

### Abstract

#### The significance of team collaboration within rehabilitation

The aim of this article is to illuminate the significance of team collaboration within rehabilitation and relate interdisciplinary research and theory to this subject. The team concept, in itself, is ill defined in the literature. Existing research primarily investigate the internal communication of the team, whereas external factors such as organisational issues and management are hardly researched.

The article briefly addresses the philosophical background of dialogue and appreciation, and these thoughts are explained and related to real team rehabilitation issues from rehabilitation team practice. The often underestimated importance of developing a team spirit where meeting each other with a warm heartfelt and respectful atmosphere is underlined as a key factor for meaningful relationships to team colleagues as well as patients. The article explains how discussion often is a disguised tool for power preservation, whereas dialogue is a more open and power free communication tool for team reflection and examination.

Unclear definitions regarding team purpose is contributing to power- and interprofessional conflicts, which in itself weakens team collaboration. The article concludes that external supervision and interprofessional education within teams seems to be a suitable evidence base to build and develop proper team collaboration upon. That is, if development is given adequate attention and support by the organisation as well as managers, on all levels.

**Keywords:** Team collaboration, dialogue, appreciation, rehabilitation power relations and communication.