

Forord.

Studietiden og arbeidet med masteroppgaven har vært tidkrevende og lærerik. Noen ganger har det nærmest virket uoppnåelig å komme i mål med arbeidet. Studiet kombinert med fulltidsstilling som avdelingsleder har vært for en ekstremsport å regne, og har medført at det meste av fritiden min på kvelder og helger er gått med til oppgaveskriving. Til Svein, Susanne og Mats vil jeg bare uttrykke min takknemmelighet for at de i det hele tatt har holdt ut med meg i skriveperioden, og for at de så tålmodig har ventet på meg. Svein skal ha en spesiell takk for å ha stilt meg de rette og kritiske spørsmålene i skriveprosessen. Hytta i Hovin i Telemark har spilt en sentral rolle som et fristed hvor jeg har kunnet trekke meg tilbake og være for meg selv i noen dager.

Å forske på egen arbeidsplass har vært inspirerende, lærerikt og krevende. Krevende ved at jobben den siste tiden har vært i mine tanker det meste av min våkne tid. Inspirerende ved at jeg har fått lov til å lære mer om et kunnskapsområde og kollegaer som fascinerer meg. Jeg vil rette en stor takk til mine kolleger for imøtekommenhet under datasamlingsarbeidet i avdelingen. En spesiell takk ønsker jeg å rette til Anne Grete som har oppmuntret meg i skolearbeidet, og som har fylt min plass ved fravær i skoleperioden. Dessuten en takk til Lillian for at hun våget å satse på høyere utdanning i kommunehelsetjenesten. Respondentene som så uforbeholdent har budt på seg selv vil jeg bare berømme. Håpet mitt er at resultatet skal tas i imot som et analysearbeid som kan hjelpe oss i å bli bedre til å samarbeide. Mottoet mitt er at vi er bra, men at vi kan bli enda bedre.

Til slutt en takk til min veileder Ove Sandell som har vist meg vei i en verden som har vært ukjent...

June Andersen

Hovin og Skjærviken, desember 2011

Sammendrag.

I denne studien ser jeg nærmere på det tverrfaglige samarbeidet i interne fagteam i en kommunal rehabiliteringsavdeling. Undersøkelsen bygger på individuelle intervjuer av fire medlemmer i et fagteam, og observasjoner av seks møter i ulike fagteam. Studien er kvalitativ og har et deskriptivt design. Jeg har valgt møter i fagteam som arena for datainnhenting.

Min forståelse av tverrfaglig samarbeid i interne fagteam er at de ulike yrkesgruppens arbeidsprosess og faglige perspektiv integreres. Integreringen bygger opp under målet for samarbeidet; merviten. Integreringen av faglige perspektiv og arbeidsprosesser forutsetter anerkjennelse av gjensidig avhengighet, maktlikhet, altruisme og at de organisatoriske strukturene muliggjør samarbeidet.

Hovedfunnene i studien er at integreringen ofte uteblir og at møtene i stor grad fungerer som en kanal for instruksjon og informasjon. Forutsetningene om maktlikhet, gjensidig avhengighet og altruisme er fraværende eller vektlegges ikke. Studien viser også hvordan de forskjellige oppfatningene av tverrfaglighet påvirker samarbeidet, samt viser hva som hemmer og fremmer det tverrfaglige samarbeidet.

Nøkkelord:

Fagteam, tverrfaglig samarbeid, rehabilitering, helhetlig, brukermedvirkning, handlingskompetanse, kommunehelsetjeneste, anerkjennelse av gjensidig avhengighet, altruisme, organisering, makt.

Abstract.

This study's aim is to take a closer look at the interdisciplinary collaboration of the internal teams at a community rehabilitation unit. The study contains individual interviews of four staff team-members in addition to observations of six interdisciplinary staff meetings. The study is qualitative with a descriptive design. I have chosen the team gatherings as an arena of collecting data.

According to my interpretation of interdisciplinary collaboration this means that different professions merge their knowledge and integrate their skills. The goal for this integrating process corresponds with the goals of collaboration itself; inter-professional knowledge. The integration of professional perspectives and working processes presuppose the recognition of mutual interdependency, equity according to power and altruism. It is also essential that cooperation is made possible by organization.

The primary findings is that integration and merging of knowledge and skills seems absent in the team meetings. The meetings is functioning mainly as a channel for information and an arena for giving instructions. The presupposed phenomena is absent or given a little attention. The study also shows how differences in comprehension of interdisciplinary collaboration according to the professions make influences on the collaboration. In addition to this, the study indicates what is the determinants of successful and not successful interdisciplinary teamwork.

Keywords:

Internal teams, interdisciplinary collaboration, rehabilitation, holistic, users participation, action of competence, community health care, acknowledge of interdependency, altruism, organization, power.

Innholdsfortegnelse	4
1.0. Samarbeid i en kommunal rehabiliteringsavdeling.	6
1.1. Presentasjon av problemstillingen.	6
1.2. Oppgavens hensikt og formål.	8
1.3. Forskningsstatus innenfor tverrfaglig samarbeid.	10
1.4. Oppgavens disposisjon.	13
1.5. Oppgavens avgrensning.	14
2.0. Rehabilitering.	14
2.1. Fra Voksenåsen til Soria-Moria til Samhandlingsreformen.	14
2.2. Rehabiliteringsavdelingen i undersøkelsen.	25
2.3. Min forforståelse av samarbeidet i fagteamene.	26
3.0. Teori.	29
3.1. Tverrfaglig samarbeid – hva er det?	29
3.1.1. Teoretiske perspektiver på samarbeid.	29
3.1.2. Tverrfaglig samarbeid i den profesjonelle arbeidsprosessen.	34
3.1.3. Faktorer som påvirker tverrfaglig samarbeid.	35
3.2. Profesjonell handlingskompetanse og tverrfaglig samarbeid.	39
3.2.1. Strukturer i profesjonell handlingskompetanse.	39
4.0. Undersøkelsens design.	44
4.1. Vitenskapsteori og metodevalg.	44
4.2. Tanker om å forske på egen arbeidsplass.	46
4.3. Utvalgskriterier.	48

4.4.	Gjennomføringen av datainnhentingene.	49
4.4.1.	Observasjonene.	49
4.4.2.	Intervjuene.	50
4.5.	Gjennomføringen av innholdsanalysen.	51
4.6.	Etiske betraktninger	53
4.7.	Et kritisk blikk på metode og oppgavens pålitelighet.	53
5.0.	Presentasjon av resultatene.	54
5.1.	Observasjonene og intervjuene.	54
5.1.1.	Hvordan er arbeidsprosessen under fagmøtene?	54
5.1.2.	Hvordan kommer brukerperspektivet og helhetsperspektivet til uttrykk under fagmøtene?	56
5.1.3.	Hvilke faktorer påvirker arbeidsprosessen i fagteamene.	58
6.0.	Diskusjonen.	65
6.1.	Maktstrukturer som påvirker samarbeidet.	65
6.1.1.	Anerkjennelse av gjensidig avhengighet og altruisme.	67
6.1.2.	Organisering av tjenesten.	75
6.1.3.	Makt.	77
7.0.	Til slutt...	83
8.0.	Litteraturliste.	85
Vedlegg.		
Intervjuguide (1)		
Informasjonsskriv til ansatte (2)		
Samtykkeerklæring for intervjuene (3)		
Søknad til og svar fra NSD (4)		
		Antall ord: 28 300

1.0. Samarbeid i en kommunal rehabiliteringsavdeling.

1.1. Presentasjon av problemstillingen.

Tverrfaglig samarbeid er nødvendig i en rehabiliteringsprosess for å finne de beste løsninger for pasienter med komplekse og sammensatte hjelpebehov. I forbindelse med samhandlingsreformen er bedre samarbeid mellom yrkesgrupper, etater og nivåer i helsevesenet pekt ut som løsningen på utfordringer helsevesenet står ovenfor. Tverrfaglig samarbeid og samhandling er ord som nærmest er på alles lepper som løsning for å styrke kvaliteten i helsevesenet. Til tross for krav om tverrfaglig samarbeid i praksis i overordnede føringer og lovverk er utviklingen av tverrfaglig samarbeid kommet forholdsvis kort innenfor forskning og praksis (Willumsen 2009). I handlingsplan for rehabiliteringsfeltet (2008-2011) pekes det på, til tross for at rehabilitering er en tverrfaglig utøvelse, at rehabiliteringsfeltet er preget av dårlig koordinering, manglende helhetstenkning og mangelfull ivaretagelse av brukermedvirkningen.

I arbeidssammenheng er det lite annet som både begeistrer meg og ergrer meg på samme tid som tverrfaglig samarbeid. Jeg arbeider i en rehabiliteringsavdeling i kommunehelsetjenesten. Et praksisfellesskap som består av flere ulike yrkesgrupper. Det tverrfaglige samarbeidet er utfordrende og lærerikt. Det er imidlertid krevende å arbeide tett sammen med flere yrkesgrupper, og faglige uenigheter er en naturlig del av hverdagen. Noen ganger har jeg lyst til å rive meg i håret i fortvilelse over samarbeidet. Andre ganger bidrar samarbeidet til gode løsninger. Min opplevelse er at kvaliteten av samarbeidet er varierende. Ambivalensen jeg opplever i forhold til samarbeidet har gjort meg nysgjerrig, og jeg ønsker å lære mer om den praktiske utøvelsen av tverrfaglig samarbeid.

Jeg velger å gjennomføre undersøkelsen i egen arbeidsplass som er en kommunal rehabiliteringsavdeling på Sørlandet. Problemstillingen har jeg formulert slik:

Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet i fagteam innenfor en kommunal rehabiliteringsavdeling?

Studien vil vise at yrkesgruppene i avdelingen har ulike oppfattelser av hva tverrfaglig samarbeid innebærer både i planleggingen av rehabiliteringen og i den praktiske rehabiliteringsutøvelsen. Studien viser også hvilke oppfatninger som påvirker

samarbeidet.

Det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringsavdelingen er organisert i interne fagteam. Fagteamene består av fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere/vernepleiere, hjelpepleiere, logoped og lege. Jeg ønsker å finne data på hvordan handlingskompetanse i forhold til det tverrfaglige samarbeidet kommer til uttrykk i arbeidsprosessen i møter i fagteamene.

Undersøkelsen er en kvalitativ studie, og jeg vil bruke ikke-deltakende observasjon og individuelle intervjuer som metode. Metodetriangulering vil gi data om både samarbeid i praksis, og deltakernes oppfatning av samarbeidet. Jeg håper også å få data om taus kunnskap og ubevisste erfaringer. Jeg velger møter i fagteam som arena for datainnhenting, fordi møtene er eneste arena hvor yrkesgruppene arbeider sammen. Jeg vil konkretisere problemstillingen i følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hvordan er arbeidsprosessen i fagmøtene?*
- 2. Hvordan kommer brukerperspektivet til uttrykk under fagmøtene?*
- 3. Hvordan kommer helhetsperspektivet til uttrykk under fagmøtene?*
- 4. Hvilke faktorer påvirker samarbeidet under fagmøtene?*

I teorien vil jeg vise til at tverrfaglig samarbeid i stor grad innebærer at profesjoners arbeidsprosess tverres sammen. For å finne ut hvordan handlingskompetansen er i forhold til tverrfaglig samarbeid er det derfor sentralt å observere de ulike fasene i den profesjonelle arbeidsprosessen. Redegjørelsen av rehabilitering som kunnskapsområde vil vise at rehabilitering skal utøves tverrfaglig for bedre å ivareta helhets- og brukerperspektivet i rehabiliteringsprosessen. Derfor er det interessant å finne data på hvordan helhets- og brukerperspektivet som jo er målet for det tverrfaglige samarbeidet, viser seg i praksis i møtene. Deretter vil det være relevant å finne data på hva som påvirker arbeidsprosessen i teamene og ivaretagelsen av helheten og brukerperspektivet i samarbeidet.

Jeg velger å betegne rehabilitering som et kunnskapsområde og ikke fagområde, fordi rehabilitering rommer flere fag. Størstedelen av pasienter i en rehabiliteringsplass har

gjennomgått et hjerneslag. Derfor vil jeg bruke pasienter med hjerneslag som eksempler. Det er derimot viktig å understreke at diagnose ikke er et kriterium for å trenge rehabilitering. Jeg vil senere vise til viktigheten av å fokusere på funksjonsnivå framfor diagnose. Aktuelle begreper vil gjøres rede for i kapittel 2 og kapittel 3.

1.2. Oppgavens hensikt og formål.

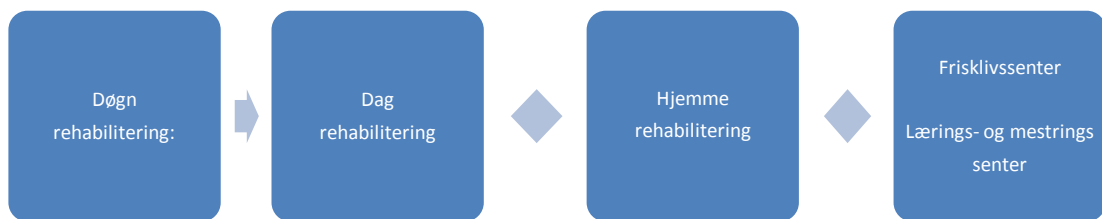
Diskusjonen av resultatet av undersøkelsen vil i lys av teoritilfanget kunne bidra til en ny forståelse av samarbeidet i fagteamene. Som leder av avdelingen har jeg en nøkkelrolle i å legge til rette for samarbeidet. Mitt hovedformål er å bruke den nye forståelsen i tilretteleggingsarbeidet for å bevare og videreutvikle samarbeidet. Forhåpentlig kan kunnskap føre til bedre samarbeid ved å styrke faktorer som fremmer og forbedre faktorer som hemmer. Krav til endringer i lys av samhandlingsreformen vil dessuten kreve en bevisstgjøring av eksisterende samarbeidsformer.

I forbindelse med oppstart av samhandlingsreformen januar 2012, er det i disse dager hektisk aktivitet i landets kommuner. Rehabilitering er i Stortingsmelding 47 utpekt som et av hovedområdene for satsning for faglig utvikling. Som en konsekvens av samhandlingsreformen ble det i Sørlandskommunen, i september 2011, gjort et politisk vedtak om at hele rehabiliteringstjenesten i kommunen skal omorganiseres og samles i et lokalmedisinsk senter. Det innebærer at rehabiliteringsavdelingen skal flyttes ut av sykehjemmet hvor det er lokalisert i dag. Senteret er planlagt innflytningsklart juli 2013.

Det er sterke faglige og organisatoriske uenigheter i kommunen knyttet til hvorvidt rehabiliteringsavdelingen skal samlokaliseres med øvrig rehabiliteringstjeneste i det lokalmedisinske senteret. Argumentet mot samlokalisering er at det blir for kostbart å drifte avdelingen i et lokalmedisinsk senter. Et annet argument er at kostnadene vil gå på bekostning av ressurser til helse- og omsorgsetaten generelt. Dessuten at en isolering av rehabiliteringsavdelingen vil kunne medføre en for snever rehabiliteringsforståelse, og et tilbud til færre pasienter. Avdelingen får i dag kritikk for å ha for strenge kriterier i tildeling av rehabiliteringsplasser, og at avdelingen i mye større grad bør ta imot en bredere pasientgruppe, for å bidra til pasientflyten i helse- og omsorg. Et argument for å isolere rehabiliteringsavdelingen er bedre muligheter for å utvikle et eget fagmiljø. Den generelle ressursmangelen og plassbehovet i helse- og omsorgsetaten kan true prioriteringen av rehabilitering som eget kunnskapsområde. Det er derimot viktig å

forhindre at avdelingen blir en sær og spesialisert avdeling som samhandler dårlig med den øvrige helse- og omsorgstjenesten (Bredland, Linge, Vik 2011, Sandvin, Normann, Thommesen 2008).

Omorganiseringen innebærer en mulighet til å organisere det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringstjenesten annerledes. I en prosjektrapport begrunnes flyttingen av avdelingen med at en samlet rehabiliteringstjeneste, atskilt fra sykehjemsdrift, vil bidra til å styrke fokuset på rehabilitering som kunnskapsområde. Samlokalisering vil bedre tverrfagligheten og gi større mulighet til å sikre et mer samordnet og funksjonelt rehabiliteringstilbud. Samlokaliseringen av rehabiliteringstjenesten vil innebære at utøverne og leddene i rehabiliteringstjenesten i kommunen samles under ett tak. De ulike leddene i rehabiliteringskjeden i kommunehelsetjenesten kan framstilles slik;



En av utfordringene i den kommunale rehabiliteringstjenesten i dag, er den fysiske avstanden mellom de ulike aktørene i henholdsvis døgn-, dag- og hjemmerehabilitering. Den fysiske avstanden vanskeliggjør koordinering og samarbeid mellom de ulike trinnene, og hindrer optimal utnyttelse av de faglige ressursene. Samlokaliseringen av de ulike rehabiliteringstrinnene i kjeden forventes å gi et samarbeid som kan sikre et mer effektivt og kvalitativt bedre rehabiliteringsforløp. Sørlandskommunen har ikke per i dag ikke et tilfredsstillende lærings- og mestringssenter. Tjenesten er planlagt inn i det lokalmedisinske senteret og vil være nytt i kjeden fra medio 2013.

Omorganisering og flyttingen vil også kunne påvirke det tverrfaglige samarbeidet innad i rehabiliteringsavdelingen. Kunnskapen jeg søker å finne i lys av forskningsspørsmålene vil forhåpentlig være et bidrag i planleggingsarbeidet av den framtidige rehabiliteringstjenesten. Uenighetene som er i kommunen i forhold til samlokaliseringen av og styrkingen av rehabiliteringstjenesten medfører at fagmiljøet innenfor

rehabiliteringstjenesten er preget av usikkerhet. En bevisstgjøring av samarbeidet i fagteamene slik det fungerer i dag vil være nyttig for å stå styrket i endringsprosessen og i faglige debatter for å styrke tjenesten. Å bli klar over hva som hemmer og fremmer samarbeidet er viktig for å nyttiggjøre seg mulighetene for nytenkning som ligger i en endringsprosess.

1.3. Forskningsstatus innenfor tverrfaglig samarbeid.

En positiv konsekvens av samhandlingsreformen blir forhåpentligvis at behovet for forskning om og læring av tverrfaglig samarbeid blir aktualisert. Elisabeth Willumsen (2009) er redaktør og medforfatter i en bok om tverrfaglig samarbeid. I boken samler hun ulike bidrag innenfor forskning på tverrfaglig samarbeid. Willumsen viser til at Norge er kommet kort i utviklingen av tverrfaglig samarbeid, både innenfor praksis og utdanning. Det til tross for at kravet om samarbeid har vært nedfelt i offentlige meldinger og ulike lover i over 20 år.

I Wisløff- utvalgets redegjørelse (2005) står det at samhandling som tema står meget svakt i helsefaglige utdanninger. Økt fokus på tverrfaglig læring vil være nødvendig for å bryte ned barrierer mellom faggrupper. Utvalget sier at vektlegging av samhandling generelt i utdanninger er nødvendig for å innføre en grunnleggende felles forståelse og holdningsendring omkring hvorfor og hvordan man må samhandle. Det må legges større vekt på felles ansvar, helhet, sammenheng og samspill.

Elisabeth Willumsen er en pioner i Norge i forhold til å sette tverrfaglig samarbeid som kunnskapsområde på kartet. Sammen med medstudenter fra tiden hun tok sitt doktorgradsarbeid har hun etablert nettverk som omhandler tverrfaglig samarbeid og kontakt mellom nordiske og internasjonale kunnskapsnettverk er opprettet. I sitt doktorgradsarbeid hadde hun fokus på tverrfaglig samarbeid, eller tverrprofesjonelt samarbeid, som er benevnelsen hun velger å bruke, innenfor barnevernsinstitusjoner.

Ett av bidragene i boken til Willumsen (2009) er fra Susanna Kvarnström, en svensk forsker på teamsamarbeid. Kvarnström fokuserer på nødvendigheten av refleksjon som verktøy for erfaringsbasert læring i forhold til tverrfaglig samarbeid. I en annen studie har Kvarnström (2008) fokus på identifisering av vanskeligheter i teamsamarbeid.

Hovedfunn i studien er at vanskeligheter oppstår når:

- Håndtering av gruppeprosessen i samarbeidet ved siden av å håndtere egen profesjons identitet (ved manglende samsvar)
- Når teammedlemmer motarbeider hverandre som representanter for sin profesjon
- Når teammedlemmers ulike kunnskapsbidrag skal kombineres
- Innflytelse fra organisatoriske forhold

Konklusjonen av studien er at konsekvensen av disse vanskelighetene, om en ser bort fra individuelle konsekvenser, førte til manglende helhetlig syn på pasient problemene, og at det oppsto hinder i forhold til å sikre pasientenes pleie og omsorg på ønsket måte (Kvarnström 2008).

Jens Olesen (2008), en dansk fysioterapeut og spesialist i rehabilitering, skriver en artikkel om teamsamarbeidets betydning for rehabiliteringsprosessen. Her avdekker han at rehabiliteringsfeltet har et stort kunnskapshull i forhold til det tverrfaglige samarbeidets betydning for rehabiliteringsprosessen. Olesen sier at eksisterende forskning i størst grad dreier seg om forhold innad i teamet og mellom teammedlemmene, og ikke effekten av teamsamarbeidet for rehabiliteringen. Olesen løfter i likhet med Kvarnström (2009) fram veiledning som et minstekrav for å lykkes med tverrfaglig samarbeid. Et sentralt funn er derimot at behovet for veiledning og refleksjon i team i stor grad er udekket i praksis, spesielt i Skandinavia.

En engelsk studie om teamsamarbeid i to avdelinger for hjerneslagrehabilitering er interessant (Clarke 2010). Målet med studien er å forstå hvordan teamsamarbeid opptrer og opprettholdes i praksis. Til tross for at samarbeid i team anses fornuftig og er vel anerkjent internasjonalt så fant Clark forholdsvis lite dokumentasjon på at det har bidratt til å forbedre kvaliteten på omsorgen, effekten eller kostnadsreduksjon; eksisterende studier har snarere fokus på faktorer som hindrer godt samarbeid. Faktorer som er identifisert som påvirker samarbeidet er dårlig kommunikasjon, revir og domenetenkning, maktkamp og kontroll over beslutninger, rigide hierarkiske strukturer som ofte er medisinske. Teammedlemmenes lokalisering og organisering, etablerte ansvarsområder, frekvens i kontakt og kommunikasjon mellom medlemmene kan være med på å forsterke faktorene og begrense mulighetene for samarbeidet. Clark understreker imidlertid at det fortsatt også er store kunnskapshull i forhold til betydningen av disse faktorene og

ytterligere forskning er påkrevet.

Clarke (Ibid) viser til at tidlige studier av rehabilitering i forhold til slagpasienter vitner om fragmentert samarbeid i avdelingene; rehabilitering blir utført av fysioterapeuter og ergoterapeuter som arbeidet uavhengig av hverandre. Studiene viser også at samarbeidsmøter i stedet for å føre til felles planlegging og styring, hovedsakelig blir brukt til å videreføre bestemmelser tatt av nøkkelpersoner. Møtene dreide seg om å gi instruksjoner fremfor å diskutere fram felles løsninger. Lignende studier Clark henviser til fra medisinske enheter og slagenheter viser at samarbeidet hovedsakelig var basert på at terapeuter ga sykepleierne instruksjoner som de forventet ble utført.

Studien til Clark (Ibid) konkluderer med at det å delta i anerkjennende dialog; det vil si likeverdig kommunikasjon der den andres erfaringer, synspunkter og kompetanse tas på alvor, over tid, bidrar direkte til effektivt tverrfaglig samarbeid. Det hører også med at det her siktes til direkte pasientrettet samarbeid, joint working, som arena for kommunikasjonen. Den kommunikative tilnærmingen går lenger enn den mer instrumentelle tilnærmingen til teamarbeid som ukentlige møter, felles målsetninger og felles dokumentasjoner (Clarke 2010).

I en internasjonal studie og litteraturgjennomgang identifiseres determinanter for å lykkes med tverrfaglig samarbeid. Studien viser til at det eksisterer begrenset kunnskap om kompleksiteten i tverrfaglige relasjoner. I teorien vil jeg gjøre rede for noen av determinantene identifisert i studien (Rodrigues et al 2005).

Utvalget jeg har presentert her er bare et lite utvalg av hva som er mulig å finne i ulike databaser i høgskolens søkemotorer. Jeg søkte i databaser som PubMed, Ebsco, Cochrane, Cinahl, Helsebiblioteket. Spesielt finnes det mange studier fra USA og Storbritannia og som er publisert i tidskriftet "Journal of Interprofessional Care". Mest interessant for denne oppgaven ved siden av Norge er Sverige og Danmark. Praksis i disse landene er lettere å sammenligne med praksis i Norge. Ved bruk av søkeordene tverrfaglig samarbeid og rehabilitering, så fikk jeg derimot ingen aktuelle treff. Funnene var i hovedsak i nasjonale faglige retningslinjer.

1.4. Oppgavens disposisjon.

I kapittel 1 har jeg presentert:

- Problemstillingen konkretisert i forskningsspørsmål
- Begrunnet hensikten med mitt valg av tema og problemstilling
- Eksisterende forskning innenfor tema og problemstilling.

Kapittel 2 presenteres praksis, det vil si:

- Politiske føringer og lovverk og teori som er nødvendig bakteppe for å presentere tema og problemstilling. Noe av bakteppet vil trekkes inn i diskusjonen der det er nødvendig
- Rehabiliteringsavdelingen som er arena for undersøkelsen. Jeg velger å anonymisere kommunens og avdelingens navn for å verne om personalgruppa
- Min forforståelse av problemstillingen.

Kapittel 3 er en presentasjon av teoritilfang. Jeg velger å bruke:

- Per Lauvås og Kirsti Lauvås (2004), Elisabeth Willumsen (2009) for å beskrive samarbeidsformene tverrfaglig og flerfaglig.
- Barbara Gray (1989) for å gjøre rede for egenskaper i samarbeidsprosessen og forutsetninger for å lykkes med tverrfaglig samarbeid.
- Andrew Abbott (1988) for å gjøre rede for den profesjonelle arbeidsprosessen.
- Pär Nygren (2004) for å gjøre rede for begrepet handlingskompetanse.

I kapittel 4 presenteres:

- Arbeidsgangen under datainnhenting for å besvare forskningsspørsmålene og arbeidsgangen under bearbeidingen av data
- Etske betraktninger omkring min rolle som forsker, spesielt i forhold til min dobbeltrolle som forsker i mitt eget arbeidsfelt.
- Et kritisk blikk på svakheter ved oppgaven

Metodelitteratur:

- Dag Ingvar Jacobsen (2005): Hvordan gjennomføre undersøkelser
- Steinar Kvale og Svend Brinkmann (2009): Det kvalitative forskningsintervju
- Cato Wadell (1991): Feltarbeid i egen kultur

I kapittel 5 gjør jeg rede for empirien fra seks observasjoner og fire dybdeintervjuer.

I kapittel 6 diskuterer jeg empirien i lys av teori.

I kapittel 7 en oppsummering av beskrivelsen av funnene av undersøkelsen.

1.5. Oppgavens avgrensning.

Funnene mine utfordrer i en viss grad selve rehabiliteringsparadigmet. Da sikter jeg til forholdet mellom den instrumentelle praksisen som råer i rehabiliteringsfeltet og politiske føringer som krever mer helhetstenkning og en endring av organiseringen av praksis til å prioritere oppgaverelatert rehabilitering. Jeg ser at teori om paradigmer kunne vært hensiktsmessig å ha med i oppgaven, men ville krevd en annen innfallsvinkel, annen teori og gitt oppgaven en helt annen karakter enn jeg ønsker. Den organisatoriske strukturen kunne også med fordel vært belyst med mer teori. Jeg har utelatt teorier om profesjoner og profesjonsutvikling. Jeg velger ikke å bruke profesjonsbegrepet fordi hjelpepleierne ikke er en profesjon. Det interessante for meg er samarbeidet mellom yrkesgruppene.

2.0. Rehabilitering.

2.1. Fra Voksenåsen til Soria-Moria til samhandlingsreformen.

"Norge bruker mest i verden på helse, men får ikke mest helse igjen for hver krone".

Bjarne Håkon Hansen kom med disse etter hvert velkjente ordene under lanseringen av samhandlingsreformen i april 2010. Bakgrunnen for reformen er at kostnadene i helsevesenet ikke står i forhold til helsegevinster, og at tilbakemeldinger fra fagfolk og brukere av helsetjenesten vitner om en tjeneste som oppleves som tungrodd, lite sammenhengende, brukerrettet og helhetlig. Reformen har både et økonomisk perspektiv og et kvalitetsmessig perspektiv. Utgiftsøkningene i helsevesenet beskrives til å være på formidable 103 milliarder per år. Utgiftsøkningen er en takt Norge ikke har råd til å holde og som dessuten beskrives som uhensiktsmessig siden utgiftsøkningen heller ikke står i forhold til helsegevinster.

Det samfunnsøkonomiske perspektivet i reformen er blant annet rettet mot prognosen om at den mye omtalte eldrebølgen landet har foran seg. Eldrebølgen vil kunne medføre at grupper med kroniske og sammensatte sykdomstilstander vil øke. Økningen av kroniske og sammensatte sykdomstilstander og takten som er i utgiftsøkningene per i dag, vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne og gjøre det nødvendig med prioriteringer som vil kunne true grunnleggende verdier i velferdsmodellen. I reformen innebærer utgiftsøkningen og økningen i pasientgrupper med kroniske sykdommer i samfunnet et krav om å tenke nytt i forhold til samhandling og oppgavefordeling mellom

spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tanken er at endringen skal bidra til en kvalitativt bedre helsetjeneste som vil framstå mer helhetlig og sammenhengende, og at koordineringen skal bidra til et mer effektivt og lønnsomt helsevesen. Sentralt i reformen er en overføring av oppgaver til kommunehelsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten. Deriblant en styrking av kommunehelsetjenestens rolle innenfor rehabilitering som jeg har redegjort for innledningsvis. Tanken er at kommunen skal få ansvaret for å gi gode helse- og omsorgstjenester i større grad der hvor pasienten bor.

Et tredje aspekt i reformen er satsningen på forebyggende arbeid i kommunene. En friskvernsentral og lærings- og mestringsarbeid som jeg har vist i siste trinn i rehabiliteringskjeden, vil ha som funksjon å tilby forebyggende og helsefremmende gruppetilbud for personer som har en helserisiko. Det er grunn til å anta at en del av personene som har vært gjennom de øvrige trinnene i rehabiliteringskjeden vil profitere på et slikt tilbud. Aktivitetene skal styres av fagfolk og brukergrupper i samarbeid (Stortingsmelding 47 2008-2009, Medlex Norsk Helseinformasjon 2011).

I et historisk perspektiv kan dagen satsning på rehabilitering også ses på som en videreføring av og/eller et forsøk på realisering av allerede eksisterende lovverk. I stortingsmelding 21 (1998-1999) ble områder som ikke fungerte tilfredsstillende innenfor rehabiliteringsfeltet identifisert. I likhet med samhandlingsreformen ble søkelyset satt på at praksis var dårlig koordinert mellom samarbeidspartnere, i for liten grad la vekt på brukermedvirkning og var preget av manglende helhetstenkning. Rehabiliteringsfeltet ble kritisert for å ha et ensidig fokus på medisinske og fysiske forhold hos pasienten, og for å redusere rehabilitering til å dreie seg om opptrening av fysisk funksjonsnivå. Stortingsmelding 21 har i ettertid blitt kalt rehabiliteringsmeldinga fordi søkelyset på problemområdene har medført en betydelig holdningsendring til hva rehabilitering innebærer (Sandvin, Normann og Thommesen 2008).

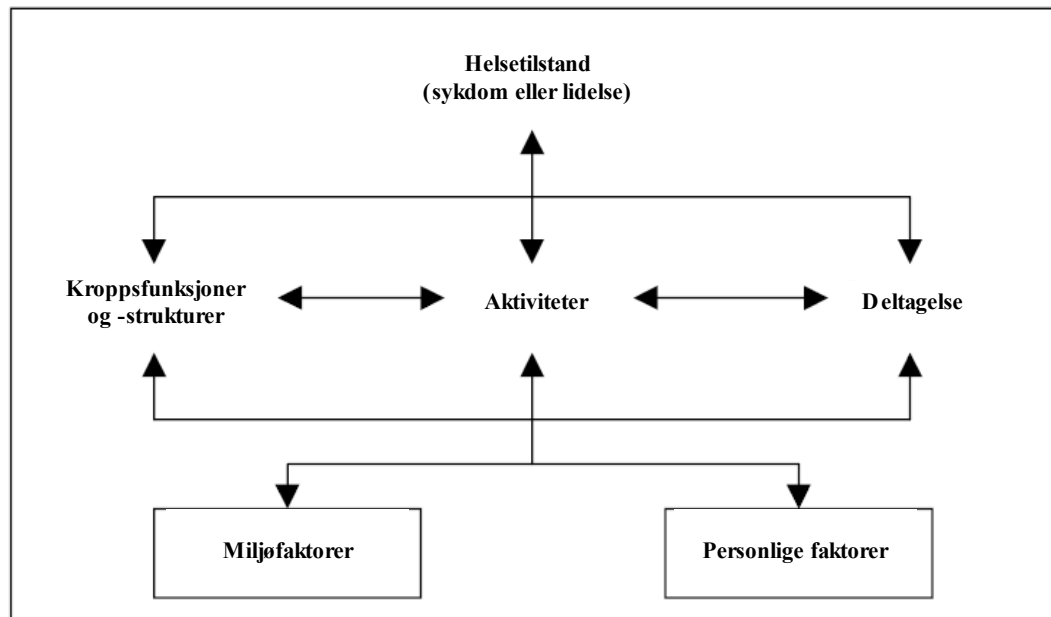
I stortingsmelding 21 (1998/99:kapittel 2.1) blir rehabilitering definert som:

”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”.

Definisjonen uttrykker eksplisitt at rehabilitering skal være helhetlig, brukerrettet og tverrfaglig. Formulering av den samfunnsmessige og sosiale dimensjonen i et menneskes liv nyanserer det ensidige fokuset på den fysiske dimensjonen, og innebærer et krav om å se rehabiliteringen i en større sammenheng. Selvstendighet settes i større grad i sammenheng med mestring, også uavhengig av bedret fysisk funksjonsevne. I nyere litteratur pekes det på at økt verdighet er et mål i seg selv for en rehabiliteringsprosess (Bredland, Linge, Vik 2011)

For å sikre en mer helhetlig rehabiliteringspraksis i Norge, så er det et overordnet mål fra helsedirektoratet at praksisfeltet skal bruke ICF; en internasjonal teoretisk modell for klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Modellen gir en oversikt over behovet for et helhetsperspektiv i rehabilitering, og er ment å skulle være et verktøy for helhetlig funksjonsvurdering. Hensikten med å bruke modellen er også å sikre et enhetlig og standardisert språk for å styrke den tverrfaglige rehabiliteringsutøvelsen.

Klassifikasjon systemet i modellen legger vekt på funksjon i forhold til aktivitet og deltakelse, framfor tilstand og sykdom. Det forstår jeg som at menneskets funksjon skal ses i sammenheng med konteksten mennesket lever i. Modellen medfører derfor en orientering bort fra fokuset på diagnoser som utgangspunkt for rehabilitering. ICF er et supplement til ICD10, et klassifikasjonssystem for diagnoser/sykdom. (KITH 2004 og Nasjonale faglige retningslinjer for rehabilitering og behandling ved hjerneslag 2010). Modellen er som følgende:



(Modellen er hentet fra Norsk brukerveiledning for ICF 2004)

Kroppsfunksjoner og strukturer handler om fysiologiske funksjoner og om anatomiske strukturer, inklusive mentale funksjoner. Aktivitet henspiller til personens daglige utførelse av oppgaver. Deltakelse sikter til engasjement i eget liv, herunder også sosial aktivitet og kontakt med andre mennesker. Miljøfaktorene er de fysiske og sosial omgivelser i en persons liv. I forhold til personlige faktorer omhandler det livsstil, alder, kjønn, fysisk form og mestringsevne (KITH 2004).

ICF er et verktøy som ved implementering kan brukes til både måling av og utarbeiding av statistikk over rehabiliteringsfeltet. Rehabiliteringsfeltet har per i dag ikke et operasjonelt verktøy for å kartlegge rehabiliteringsbehovet i befolkningen. En forklaring på at rehabilitering har vært en salderingspost, og at krav i overordnede føringer ikke er innfridd, kan være at feltet ikke har faktatall å slå i bordet med (Bredland, Linge, Vik 2011). En svakhet i debatten omkring rehabiliteringstjenesten i gjeldende kommune i undersøkelsen er nettopp at fagmiljøet mangler faktatall over rehabiliteringsbehovet i kommunen. Fagfeltet har derfor en velbegrunnet usikkerhet i forhold til om tjenesten blir prioritert eller ikke.

Ut fra ICF modellen, så kan menneskets ulike funksjoner grovt deles inn i fysiske, psykiske og sosiale behov. Abraham Maslow (1970), en russisk-amerikansk psykolog, er

kjent som grunnleggeren av humanistisk psykologi og for sin hierarkiske inndeling av menneskelig behov i en pyramide. Maslow sier at behovene i naturlig rekkefølge må dekkes nedenfra og opp i pyramiden. De tre nederste trinnene i pyramidene beskriver han som overlevelsels- eller mangelbehov. Først kommer behovet for dekking av de basale fysiske funksjoner for å overleve. Deretter de sikkerhetsmessige og følelsesmessige behov som sikkerhet, opplevelse av trygghet og fravær av angst og frykt. I det tredje trinnet er det sosiale behov for fellesskap til andre mennesker. Det er også spørsmål om å føle seg akseptert av både sine nære omgivelser og som borger i samfunnet. De to øverste trinnene i pyramiden kaller Maslow vekstbehov. Vekstbehov dreier seg om behov for respekt og anerkjennelse, selvhevdelse og selvrealisering; behov som ikke vil melde seg like sterkt hvis mennesket har en ubalanse i behovene i de nederste trinnene.

Når evnen til å dekke grunnleggende behov svekkes, så har det sammenheng med redusert fysisk, psykisk og/eller sosial funksjonsevne (Nordmann, Sandvin og Thommesen 2008). Mange av pasienter som ligger i en rehabiliteringsplass har hatt hjerneslag og har ofte utfall som rammer alle funksjonene. Et hjerneslag kan gi bortfall av hjernefunksjoner med ulik grad av alvorlighet avhengig av lokalisasjon og størrelse på blødningen eller blodproppen. Vanlige utfall er motoriske forstyrrelser, språkforstyrrelser, sensoriske forstyrrelser, synsforstyrrelser, kognitive forstyrrelser og emosjonelle symptomer (Nasjonale faglige retningslinjer for rehabilitering og behandling ved hjerneslag 2010). Mange av pasientene kommer til avdelingen få dager etter at traume og er i en krisetilstand over det som er inntruffet. Situasjonen er utrygg fordi den er ukjent og trigger angst og frykt over situasjonen og fremtiden. Livet er snudd på hodet og rollene i fellesskapet med andre og i samfunnet er endret. Den første fasen av rehabiliteringsprosessen er for mange pasienter preget av en ubalanse i dekking av grunnleggende behov ved en avhengighet av andre for å overleve samt at sikkerheten og tryggheten i livet er i ubalanse.

Til tross for at mange av pasientene som er innlagt i avdelingen har en betydelig endring av sitt funksjonsnivå ved innleggelse, så skrives mange av pasientene ut til hjemmet. Til tross for at de aller fleste har et varig endret funksjonsnivå. Det er derimot ikke synonymt med å bli funksjonshemmet. En funksjonshemming oppstår først når det er et gap mellom menneskets forutsetninger og omgivelsenes krav til funksjon (Nasjonal

strategi for rehabilitering 2008-2011). Funksjonshemmede og deres brukerorganisasjoner har gjort en betydelig innsats i å rette fokuset bort fra idealet om fysisk selvstendighet til muligheter som ligger i tilrettelegging for mennesker med fysiske funksjonshemninger i samfunnet for økt selvstendighet. Her følger en definisjon:

”Funksjonshemmende forhold er de gap eller misforhold som finnes mellom forutsetninger til mennesker med redusert funksjonsevne og de krav miljøet og samfunnet stiller til funksjon, på områder som er av vesentlig betydning for å etablere og opprettholde selvstendighet og en sosial tilværelse”(NOU 2001: 22: 18).

Et sentralt aspekt i en rehabiliteringsprosess er nettopp å minske gapet ved tilrettelegging i pasientens miljø og fokus på aktivitet og mestring i forhold til et endret funksjonsnivå. Tverrfaglig analyse for å finne tiltak for i størst grad og minske gapet mellom et menneskes funksjonsnivå og omgivelsenes er slik jeg forstår det selve kjernen innenfor rehabilitering (Jfr. ICF modellen). Rehabilitering for å minske gapet for selvstendighet viser at diagnose spiller en underordnet betydning i en rehabiliteringsprosess.

Betydningen brukere og brukerorganisasjoner har hatt i utviklingen av rehabiliteringstjenesten viser viktigheten av brukermedvirkning i alle ledd i samfunnet. I definisjonen av rehabilitering beskrives pasientens medvirkning som en forutsetning for å lykkes med rehabiliteringen. Pasientens medvirkning innebærer at pasienten er en aktiv deltaker i rehabiliteringen, og at alle tiltak skal ta utgangspunkt i pasientens liv. En egeninnsats fra pasienten kreves. Jeg velger i oppgaven å bruke betegnelsen pasient fordi min undersøkelse dreier seg om mennesker som er innlagt i en rehabiliterings/ behandlingsinstitusjon, og er en sjargong jeg er vant med fra min sykepleieutdanning.

Rettigheten til brukermedvirkning er formulert slik i lovverket:

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasientrettighetsloven 2001, § 3-1).

Undersøkelser viser at rettigheten til å medvirke i egen helsehjelp ikke alltid oppleves ivaretatt. Negative tilbakemeldinger fra pasienter har blant annet sammenheng med opplevelsen av å bli behandlet som et kasus og objekt for profesjonelles vurderinger istedenfor et menneske med subjektiv tanker og ønsker (Stortingsmelding 47 2008-2009).

Det betyr at til tross for at pasienter er gitt mer makt i form av lovverket, så er ikke lovverket alene tilstrekkelig for å sikre uheldige opplevelser fra å finne sted (Humerfelt 2005). Å bli pasient innebærer en overgang fra å være aktiv i eget liv til å bli gjenstand for profesjonelles vurderinger og innebærer en relasjonen som er preget av en ubalanse i maktforholdet. Pasienter er i et avhengighetsforhold til profesjonelle og trenger deres merkunnskap.

Empowerment er et aktuelt begrep i forhold til brukermedvirkning. Ingunn Stang (2001) oversetter empowerment til bemyndigelse, men jeg velger å bruke myndiggjøring som etter min mening er et bedre norsk ord for begrepet. Myndiggjøring innebærer ganske enkelt at profesjonelle i kraft av sin posisjon bruker makten positivt ved å myndiggjøre pasienten. Sentralt i myndiggjøringstanken er at profesjonelle gjør pasientene i stand til myndighet og medvirkning i gjennomføringen av egen helsehjelp. Myndiggjøring forutsetter først og fremst at den profesjonelle er bevisst maktforholdet slik at maktubalansen i minst mulig grad skal oppleves krenkende. Deretter at forholdene legges til rette slik at pasienten ressurser og muligheter kommer til uttrykk, og at faktorer som skaper stress reduseres.

Helhetsperspektivet i ICF modellen (KITH 2004) tydeliggjør hvor få funksjonsvurderinger helsepersonell kan gjøre uten pasientens medvirkning. Det vil derfor være naturlig å tro at det er en nær sammenheng mellom brukermedvirkning og det å lykkes med en helhetlig rehabiliteringsutøvelse. I definisjonen av rehabilitering legges det vekt på samarbeid mellom ulike aktører, inklusive pasienten. Medvirkning betyr å delta, bidra og å hjelpe og forutsetter en relasjon mellom pasienten og den profesjonelle. Pasientens rolle i relasjonen er å formidle sin forståelse av situasjonen. En intersubjektiv relasjon mellom pasient og profesjonell beskrives som en forutsetning for at pasienter skal kunne formidle sin forståelse, og for at profesjonelle skal kunne oppfatte brukerens perspektiv og handle brukerrettet. Begrepet intersubjektivitet stammer fra fenomenologien; en filosofisk retning som oppsto i Tyskland i begynnelsen av 1900-

tallet. Edmund Husserl kalles fenomenologiens far. Han var opptatt av å skape en motpol til den årsaksforklarende faktavitenskapen som den moderne naturvitenskapen var og fortsatt er preget av. Husserls filosofi retter seg mot hele menneskets livsverden og en vitenskapeliggjøring av den. Med livsverdenen siktes det til de erfaringene menneskene gjør. Tradisjonell vitenskap var preget av objektivisme ved at mennesket ble redusert til et objekt der dets individualitet og egenskaper ble satt til siden. I en intersubjektiv relasjon mellom den profesjonelle og brukeren er det et subjekt-subjekt forhold og innebærer en forståelse mellom to subjekter i motsetning til et subjekt-objekt forhold (Bengtsson 2001, Humerfelt 2005).

En annen faktor jeg tror kan ha betydning for pasienters opplevelse av brukermedvirkning er i hvilken form eller fora medvirkningen skjer. I en artikkel tar Wachterhausen (2002) opp at konteksten som profesjonelle møter pasienten i, kan oppleves inhumant eller være inhumant organisert. Wachterhausen setter søkelyset på mennesket opplevelse i møte med helsevesenet og peker på at det ikke bare er det relasjonelle mellom profesjonell og pasient som har betydning. Fysiske forhold og organisering kan også være belastende. I kampens hete for økt brukermedvirkning tror jeg det kan oppstå uønskede situasjoner ved at pasientene i for stor grad blir tatt inn den profesjonelle virksomheten uten at pasientens evne til medvirkning er blitt vurdert. I loververket står det at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasientrettighetsloven 2001). Min erfaring er at en del av pasienter opplever det som belastende å delta i fora og møter hvor det er flere profesjonell tilstede. Wachterhausen (2002) peker på faren for opplevelse av objektivisering ved at profesjonelle i en travel arbeidshverdag lett kan overse pasienten og snakke over hodet på pasienten istedenfor med pasienten.

I definisjonen står det at rehabilitering er en prosess som innebærer at flere yrkesgrupper skal samarbeide om felles tiltak og mot felles mål. Felles tiltak og mål indikerer tverrfaglig samarbeid. Enkeltstående tiltak hos en profesjon er ikke å anse som rehabiliteringstiltak. Målarbeid i prosessen gir en tidsavgrensning for evaluering av måloppnåelse og indikerer at rehabilitering er et tidsavgrenset tilbud. Tidsavgrensningen i definisjonen er også et viktig virkemiddel for et skille rehabiliteringstilbudet fra den øvrige pleie- og omsorgsvirksomhet; et skille som kan være gunstig ved at rehabiliteringstjenesten lett kan drukne i den store sekken av behov innenfor helse- og

omsorgstjenester. Rehabilitering som kunnskapsområde kan lett viskes ut og blir utydelig i den store sammenhengen (Stortingsmelding 21 1998/99, Nordmann, Sandvin, Thommesen 2008).

Nasjonal faglig veileder for rehabilitering i kommunehelsetjenesten (2010) står det at døgnplasser til rehabilitering bør etableres i egne avdelinger og ikke integreres eller samlokaliseres med somatiske langtidsavdelinger. Det å skille tjenestene anses som nødvendig for å opparbeide kompetanse og fokus på rehabilitering.

Erfaring fra min hverdag som leder av rehabiliteringsavdelingen er at det er et konstant press fra øvrig helse- og omsorgstjenesten i forhold til mangel på institusjonsplasser. I skrivende stund er det 60/70 mennesker i venteliste for fast plass i sykehjem. I praksis medfører det at korttidsplassene i kommunen i stor grad brukes til de som trenger fast plass, noe som innebærer en ond sirkel ved at det blir mangel på korttidsplasser for de som trenger det.

Forskrift for re-/habilitering (2001) kom som en strategi for å løse problemområdene identifisert i rehabiliteringsmeldinga. Kravet om at rehabilitering skal være helhetlig, brukerrettet og tverrfaglig er nedfelt i forskriften. I forskriften er det også et krav om at alle store kommuner skal ha en koordinerende enhet for rehabiliteringstjenesten. Jeg er medlem av koordinerende enhet i Sørlandskommunen. Koordinerende enhet har blant annet som funksjon å ha en oversikt over rehabiliteringsbehovet i kommunen, være en overordnet koordinator for rehabiliteringsfeltet, samt ha ansvaret for tilrettelegging for fagutvikling og implementering av lovverk.

For at koordinerende enhet skal kunne si noe til budsbehovet i kommunen er et operasjonelt måleverktøy nødvendig. Kommuner har IPLOS som måleinstrument for funksjonsnivå relatert til behov for assistanse og tiltak. IPLOS- registreres ved innkomst og utskrivelse av pasienten. IPLOS er en individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, et verktøy for dokumentasjon av funksjonsnivå. IPLOS er innført som en obligatorisk del av det kommunale registreringssystemet KOSTRA. Behov for rehabilitering blir derimot ikke registrert i IPLOS systemet per i dag, og kan være en indikator på at rehabilitering ikke er prioritert i helheten i kommunehelsetjenesten. I utviklingen av måleinstrumenter ,eventuell utvikling av IPLOS, for også å kartlegge rehabiliteringsbehovet vil det være

helt nødvendig at fagmiljøet deltar i utviklingen. Derimot er ICF modellen med et kodeverk for måling klart til bruk i kartleggingsøyemed (Bredland, Linge, Vik 2011).

Et bidrag som har styrket fokuset på rehabilitering som kunnskapsområde er Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, lansert april 2010. Jeg var tilstede på en konferanse om hjerneslag i Lillehammer da Bent Indredavik, redaktør for retningslinjene, lanserte de faglige retningslinjene. Indredavik hadde fokus på at akutt behandling og tidlig igangsetting av rehabilitering vil kunne redusere omfanget av funksjonshemming som en følge av hjerneslag. Ved siden av at omfanget av funksjonshemmingen reduseres, så vil kostnadene for samfunnet reduseres siden kostnadene er nært relatert til grad av funksjonshemming. Hjerneslag rammer ca 15 000 mennesker hvert år og er den tredje hyppigste årsaken til død og funksjonshemming. Antall hjerneslagrammede antas å øke med 50 % de neste 20 årene fordi det blir flere eldre. Ved siden av de store konsekvensene et hjerneslag får for den det gjelder, så har hjerneslag en kostnad på 7 til 8 milliarder kroner i året. Det vil si at et hjerneslag i gjennomsnitt koster samfunnet 600 000 kroner. I retningslinjene er det faglig retningslinjer for behandling og rehabilitering både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Spesialiserte slagenheter i sykehus viser til god dokumentasjon på at behandling og rehabilitering i akuttfasen i slike enheter reduserer dødelighet og grad av funksjonshemming. Alle fylker bør ha slagenheter, og følgende står i retningslinjene:

”Sykehus uten slagenhet bør ikke behandle pasienter med hjerneslag, fordi mulighet for overlevelse og/eller vesentlig funksjonsforbedring er klart svekket for pasienter som ikke får et slagenhetstilbud”(Nasjonal faglig veileder for behandling og rehabilitering ved hjerneslag 2010: 22).

Slagenhet ved sykehuset i Sørlandsfylket innebærer et stort kvalitativt sprang i behandling og rehabilitering av slagpasienter.

Retningslinjene for rehabilitering og behandling ved hjerneslag er av stor betydning for avdelingen. Kommunens ansvar etter utskrivelse fra slagenheten er sekundærbehandling og videre rehabilitering. Et interessant og revolusjonerende aspekt i retningslinjene er fokuset på og anbefalingen om vektlegging av oppgaverelatert rehabilitering. Oppgaverelatert rehabilitering forstår jeg som læring av nye mestringstrategier i alle de

oppgavene som gjøres naturlig gjennom døgnets 24 timer. Oppgaverelatert rehabilitering bør starte så tidlig som mulig. Banalt sagt så innebærer oppgaverelatert rehabilitering at det å lære seg å stå opp av sengen best oppnås ved å stå opp av en seng. Her følger en forklaring av oppgaverelatert rehabilitering:

”Treningen bør være oppgaverelatert og omfatte daglige aktiviteter som forflytning, personlig stell, spising, på- og avkledding og toalettbesøk, språk og kommunikasjon. Pasienten trenger motivasjon til egenaktivitet, og hensiktsmessig veiledning og hjelp ved behov. Det er hele det tverrfaglige teamets oppgave å legge til rette for stimulering av pasientens egeninnsats og aktivitetsnivå, hvilket medfører at opptrening bør foregå alle døgnets våkne timer 7 dager i uken” (Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag 2010: 55/56).

Det er en kjensgjerning at det tar tid å endre praksis. Den nye rehabiliteringspolitikken i rehabiliteringsmeldinga og forskrift for re-/habilitering viser seg å ha store forskjeller i implementering i kommunene (Sandvin, Normann, Thommesen 2008). I nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) konkluderes det med at tilstanden på rehabiliteringsfeltet fortsatt ikke er tilfredsstillende. Rehabiliteringsfeltet har ikke den posisjon og prestisje som overordnede politiske føringer tilsier. Utfordringene i forhold til samhandling, koordinering, brukermedvirkning og kvalitetsutvikling er fortsatt store. Hovedmålet med strategien er at rehabiliteringsfeltet skal få styrket sin posisjon i helsevesenet i tråd med posisjonen feltet lovmessig har. Ulike tiltak er blant annet økt politisk styring av rehabiliteringsfeltet, en styrking av brukerorganisasjoner, og at det skal settes inn tilstrekkelige ressurser og kapasitet på rehabiliteringsområdet. I Soria-Moria erklæringen står det at alle som trenger det skal sikres rehabilitering (Ibid). Tiltak for å styrke rehabiliteringsfeltet i regi av samhandlingsreformen kan være et skritt i riktig retning. Nytt lovverk og forskrifter for implementering av samhandlingsreformen iverksettes fra 1 januar 2012; Lov om Kommunale Helse og Omsorgstjenester, Lov om Folkehelsarbeid (Medlex Norsk helseinformasjon 2011).

2.2. Rehabiliteringsavdelingen i undersøkelsen.

I Sørlandskommunes rehabiliteringsavdeling er det 12 plasser for rehabilitering og 11 korttidsplasser for opptrening. Kriterier for å få tildelt en rehabiliteringsplass er at det skal være behov for tidsavgrenset, tverrfaglig rehabilitering i institusjon. Personer som får innvilget opphold er voksne med tap av funksjonsevne og/eller nedsatt mestrings- og selvstendighetsnivå. Rehabiliteringen skal kunne bidra til stimulering av egen læring, motivasjon og økt mestring. Majoriteten av pasientene i rehabiliteringsplasser har hatt hjerneslag. Andre diagnoser er amputasjoner, hodeskader eller andre traumer etter ulykker og nevrologiske lidelser. De fleste kommer til avdelingen få dager etter at traume er oppstått og innebærer at 92 % innlegges fra sykehus. Et rehabiliteringsopphold kan vare fra fire uker opp til flere måneder og gjennomsnittlig liggedøgn er 45.

Kriteriene for å få en korttidsplass er at det er avklarte problemstillinger og en forventning om at tidligere funksjonsnivå kan oppnås i løpet av en treukers periode. I korttidsplassene er det ofte personer med ulike typer brudd og midlertidig nedsatt funksjonsnivå i forbindelse med sykdom. I korttidsplassene er det i større grad fokus på gjenopptrening enn tverrfaglig rehabilitering. Jeg vil ikke ha fokus på korttidsplassene videre i oppgaven fordi teamsamarbeidet er mer flerfaglig rettet mot korttidsplassene..

Det tverrfaglige samarbeidet i avdelingen organiseres i interne fagteam. Teamene består som nevnt av sykepleier/vernepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og lege er med i fagteamene ved behov. Rundt hver enkelt bruker som er innlagt for rehabilitering opprettes det et fagteam. Fagteamet jobber i liten grad sammen i den praktiske utøvelsen. Samarbeidet utøves for det meste under faste fagteammøter. Arbeidsprosessen under møtene er beskrevet i interne prosedyrer. I følge prosedyren så skal teammedlemmene ha fagmøte i løpet av første uke av rehabiliteringsoppholdet. Grunnlaget for møtet skal være:

- En sammenfatning av hver enkelt yrkesgruppes faglige funksjonsvurderinger og datasamling i fagprogrammet gerica.
- Målsamtale med pasienten
- Pasientens anamnese

Grunnlaget skal være gjenstand for tverrfaglig dialog og analyse som skal kunne ut i

formulering av rehabiliteringstiltak og delmål. Fagteamene skal ha jevnlig møter under hele rehabiliteringsprosessen for å sammenfatte nye observasjoner og opplysning, evaluere rehabiliteringstiltak og delmål, og eventuelt formulere nye rehabiliteringstiltak og mål. Hensikten med målsamtalen er å gi pasienten informasjon om rehabiliteringstilbudet og å få informasjon om pasientens mål og forventninger.

Rehabiliteringsavdelingen er organisert inn under helse- og omsorgsetaten.

Personalgruppa ved rehabiliteringsavdelingen er derimot organisert under ulike etater. Avdelingspersonalet som består av sykepleiere, vernepleiere og hjelpepleiere er organisert under helse- og omsorgsetaten. Fysioterapeutene, ergoterapeutene og legen er organisert under forebyggende og kurative etat. Organiseringen innebærer at det er to virksomhetsledere og tre avdelingsledere som samarbeider i forhold til personalet i avdelingen. Avdelingslederne samarbeider også om tildeling av plassene i avdelingen, og sitter sammen i et eget tildelingsutvalg som fordeler plasser i avdelingen etter kriterier.

Egen avdeling for dagrehabilitering er lokalisert sammen med døgnavdelingen i sykehjemmet, og har fem plasser per dag. Dagavdelingen skal flyttes sammen med døgnavdelingen til det lokalmedisinske senteret, og er planlagt og økes til 10 plasser. En styrking av dagrehabilitering og hjemmehabilitering er i tråd med tanken i samhandlingsreformen om helhetlig rehabilitering så nært hjemmet som mulig (Stortingsmelding 47 2008-2009).

2.3. Min for forståelse av samarbeidet i fagteamene.

I løpet av de fem årene som jeg har jobbet ved avdelingen, så har jeg gjort meg mange ulike erfaringer av samarbeid i team. Min opplevelse har vært at kvaliteten av samarbeidet i fagteamene har vært varierende. Noen ganger har samarbeidet vært helt uproblematisk og konstruktivt. Andre ganger kan det oppstå konflikter som hemmer samarbeidet. Da jeg begynte ved avdelingen, så hadde jeg en forståelse av tverrfaglig samarbeid som at ulike yrkesgrupper jobbet mot samme pasient. I løpet av min praktiske erfaring i avdelingen og den teoretiske kunnskapen som jeg har tilegnet meg i løpet av studiet, har forståelsen min blitt endret. Det er den nye forståelsen jeg skal prøve å bli bevisst nå.

Min hovedantakelse er at rehabiliteringsfeltet mangler kunnskap om utøvelsen av tverrfaglig samarbeid, og at det medfører at det ligger et uutnyttet potensial i personalgruppa. Jeg vil påstå at grunnen til kunnskapsmangelen er at det ikke er sammenheng mellom krav i lovverket om tverrfaglig samarbeid og krav om opplæring i tverrfaglig samarbeid i helsefagutdanninger. Kunnskapsmangelen kan bety at personalgruppa ved avdelingen på mange måter blir satt til å jobbe på en måte dem mangler forutsetninger for å mestre. Jeg tror at en praksis som ikke er teoretisk fundert lett kan bli tilfeldig ut fra hva hver enkelt utøver legger i begrepet. Basert på en folkelig oppfattelse og ikke en faglig forståelse.

Kunnskapsmangelen om tverrfaglig samarbeid tror jeg gir seg utslag i mangelfull ivaretagelse av helhets- og brukerperspektivet i rehabiliteringsprosessen. Min erfaring er at samarbeidet i teamene er preget av en hovedvekt på pasientens fysiske funksjonsevne, og at pasientens psykiske og sosiale funksjonsevne lett kommer i bakgrunnen. Maktbalansen i teamene påvirkes ved at det er de profesjonene som besitter definisjonsmakt i forhold til den fysiske funksjonsevnen som dominerer. Det ser ut til at den tradisjonelle forståelsen av rehabilitering, det vil si fysisk opptrening, er sterk i avdelingen. Manglende helhetsfokus og synet på rehabilitering som opptrening setter mestrings- og læringsfokuset i rehabiliteringsprosessen i fare for å komme i bakgrunnen.

Da jeg begynte i avdelingen, så opplevde jeg det som vanskelig at jeg i liten grad kjente til de andre profesjonenes kunnskapsgrunnlag og ansvarsområder. Jeg følte på mange måter at det var et hav mellom de andre yrkesgruppene og meg, og at det i liten grad var felleskap omkring rehabilitering. Jeg tilskrev det egentlig at jeg var ny, men har noe av den samme opplevelsen nå. De ulike yrkesgruppene snakker til dels ulikt språk, har ulik utdanningskultur, teori- og forståelsesrammer. Jeg savner et mer felles rehabiliteringsspråk som virker samlende.

Ulikhetene i personalgruppa kan føre til uenigheter. Min erfaring er at ulikhetene ikke alltid blir anerkjent i samarbeidet og hindrer at faglig potensial brukes. En stor utfordring ved avdelingen er etter min erfaring at det mangler et forum for faglig og kollegial dialog. Det være seg forum for å ta opp uenigheter, men også for å komme sammen for å bli en mer sammensveiset personal gruppe angående faglig spørsmål, eller for å bli kjent med hverandres ulikheter.

Fraværet av felleskap for faglig utvikling tror jeg blant annet har sammenheng med at personalgruppa i avdelingen er organisert under ulike etater i kommunen. Avdelingen har ikke en samlende leder som holder i trådene og får oversikten over helheten i personalgruppa. Den nærmeste felles lederen vi har er faktisk kommunalsjefen. Praktisk innebærer organiseringen at profesjonene i størst grad går til hver sin leder med faglige spørsmål og konflikter. Min erfaring er at organiseringen av personalgruppa i ulike etater i kommunen medfører at konflikter og uenigheter ikke er gjenstand for dialog mellom profesjonene.

Det at profesjonene ikke jobber sammen i praksis er en faktor som kan bidra til å skape avstand mellom yrkesgruppene og virke revirstyrkende. Ergoterapi og fysioterapi foregår atskilt fra avdelingen i en annen etasje i huset i størst grad. Et resultat av det er etter min mening at avdelingspersonalet og terapeutene gjør ulike funksjonsvurderinger ut ifra konteksten de møter og vurderer pasienten i. Terapeutene ser pasienten i en avgrenset tid på dagen, mens sykepleierne, hjelpepleierne og legen ser og har i større grad tilgang på data om pasienten hele døgnet. En faktor som bør nevnes er at yrkesgruppene fram til 2011 har dokumentert i forskjellige systemer. De har ikke hatt en enkel tilgang til hverandres dokumentasjon. Avdelingspersonalet har hatt papirkardex, men terapeutene har hatt nettbasert fagprogram, Gerica.

Samarbeidsproblemene blir spesielt tydelige i forhold til pasienter med kompliserte rehabiliteringsbehov. Pasientene er ofte yngre med redusert psykisk funksjonsevne. Jeg har to rehabiliteringspasienter friskt i minne. De slet med symptomer på personlighetsforstyrrelse og posttraumatisk stressyndrom. Hos denne pasientgruppen er det ikke uvanlig å møte såkalte primitive psykologiske forsvarsmekanismer som splitting og projektiv identifikasjon. Pasientene utfordret oss i veldig stor grad, og mangelen på felles forståelse hos personalet ble tydelig. Svakhetene knyttet til samarbeid ble tydelige når utfordringene var store. Arbeidet med pasientene gjorde meg bevisst min forforståelse av samarbeid.

3.0. Teori.

3.1. Tverrfaglig samarbeid – hva er det?

Hensikten med å organisere rehabilitering tverrfaglig er at samarbeidet er nødvendig for å sikre en helhetlig og brukerrettet utøvelse. Helhetssynet har sin opprinnelse tilbake i antikkens tid og tankegangen fra Platon. Et grunntrekk i Platons filosofi er at det er sammenheng i tingene, og at ingenting kan forstås for seg selv. Helhetssynet innebærer en forståelse av hele mennesket der kroppslige, psykologiske og sosiale faktorer må ses i en integrert helhet. I en av Sokrates dialoger som Platon nedtegnet, står det at legene ved behandling må forholde seg til både de legemlige og sjelelige sider hos mennesket fordi mennesket er en enhet av sine deler som lever i en større enhet. Sammenhengen mellom helhet og tilheling er en språklig illustrasjon ved at tilheling i latinsk betydning innebærer å gjøre hel (Bjerrum og Lund Christiansen 2001).

For å lykkes best mulig med rehabilitering er det nødvendig å se mennesket i sin totale livssammenheng, og som en aktiv myndiggjort deltaker i prosessen. Tverrfaglig samarbeid er derimot ikke et entydig begrep. Det finnes også mange til dels ulike forståelser og definisjoner av tverrfaglig samarbeid i teorien. Etter min mening er mange av definisjonene såpass abstrakte og esoteriske at de er vanskelige å knytte til praksis. Som nevnt innledningsvis viser studien at personalgruppa har ganske ulike oppfattelser av hva tverrfaglig samarbeid er. En hensikt med studien er at jeg søker en beskrivelse av den praktiske utøvelsen av tverrfaglig samarbeid i møtene i fagteamene ved å diskutere empirien i lys av teori. Jeg velger teori som etter min mening passer best for å finne ut hvordan teamsamarbeidet fungerer. Etter presentasjon av teorien vil jeg oppsummere min forståelse av samarbeidet i en definisjon.

3.1.1. Teoretiske perspektiver på samarbeid.

I ordets enkleste forstand betyr samarbeid å arbeide sammen og er den folkelige forståelsen av tverrfaglig samarbeid. Ordets opprinnelige betydning har derimot fått mange avleggere ut i fra hvor nært samarbeidet er og hva samarbeidet inneholder. De to samarbeidsformene jeg vil redegjøre for her er tverrfaglig samarbeid og flerfaglig samarbeid.

Flerfaglig samarbeid innebærer at yrkesgruppene samarbeider parallelt i forhold til pasienten, uavhengig av hverandre. Som regel er ikke tiltak og målsetninger felles

mellom yrkesgruppene. Samarbeidsformen er egnet rundt pasienter med avklarte og ukompliserte problemstillinger. Arbeidet kan bære preg av å være instrumentell og rutinemessig. Flerfaglig samarbeid kan også kjennetegnes ved at det er et hierarkisk maktforhold mellom yrkesgruppene; preget av at det gis instruksjoner fra en yrkesgruppe til en annen. Lege og sykepleier blir trukket fram som et klassisk eksempel på et slikt hierarkisk samarbeid (Willumsen 2009). Samarbeidet rundt pasienter innlagt i en korttids plass i rehabiliteringsavdelingen er organisert flerfaglig.

Tverrfaglig samarbeid innebærer en nærmere grad av samarbeid og felles tiltak og mål mellom yrkesgruppene. Tverr- innebærer i praktisk betydning en større grad av interaksjon av faglige perspektiver mellom yrkesgruppene. Målet med samarbeidet er å oppnå en kunnskap, merviten, faglig syntese, merkunnskap om pasienten. En kunnskap som er oppnådd ved en integrering av ulike faglige perspektiver.

Tanken er at det trengs en tverrfaglig kunnskap for på best mulig måte å hjelpe pasienter med mer komplekse og uforutsigbare problemstillinger. I rehabiliteringsavdelingen er det tverrfaglig samarbeidet organisert i interne team. Team kan ha ulike grader av integrasjon i forhold til organisasjon og beslutningsgrad. Øvretveit (1996) beskriver tverrfaglige team på en skala fra en til fem ut i fra grad av integrasjon; fra løst integrerte team til tett integrerte på en skala på fem. Fagteamene i avdelingen er organisert internt i samme avdeling, og er ment å skulle være tett integrerte. En høy grad av integrering av fagperspektiver i samarbeidet, gir et tettere integrert team. (Lauvås og Lauvås 2004, Willumsen 2009).

Jeg velger å bruke to definisjoner som utfyller hverandre og om egner seg i beskrivelsen av teamsamarbeidet i avdelingen.

Barbara Gray (1989) bruker betegnelsen collaboration som oversatt til norsk betyr samarbeid. Hun skriver ikke eksplisitt om tverrfaglig samarbeid, men hennes betraktninger om samarbeidsprosessen er etter min mening egnet til å beskrive tverrfaglig samarbeid. Gray definerer samarbeid som:

”Collaboration is a process through which parties who see different aspects of a problem can constructively explore their differences and search for solutions that go beyond their

own limited vision of what is possible” (Gray, 1989:5).

Gunnar Vold Hansen og Ragnhild Fugletveit (2010:26) tar utgangspunkt i følgende forståelse av tverrfaglig samarbeid i en forskningsrapport:

”Tverrfaglig samarbeid forstås som en prosess der flere yrkesgrupper samarbeider om en felles forståelse av hva som er brukernes problem, behov og ressurser, de samarbeider videre om å finne de mest adekvate tiltakene og om å gjennomføre disse tiltakene på en slik måte at brukeren får et mest mulig tilpasset og helhetlig tilbud”.

Gray (1989) beskriver samarbeid som en prosess gjennom ulike faser. Fasene kaller hun: Problem-setting phase, direction-phase og implementation-phase. Gray legger også vekt på at samarbeidet må innledes med at det uttrykkes forpliktelser og settes rammer for samarbeidet. I problem-setting phase er fokus på dialog for å oppnå en felles forståelse av saken det skal samarbeides om. Hvert fags perspektiv på aktuelle problemstillinger skal komme til uttrykk i en anerkjennelse av gjensidig avhengighet. Gray beskriver denne fasen som vanskelig og som å komme gjennom nåløyet for godt samarbeid. Fasen kalles også gjerne forhandlingsfasen og kan være avgjørende for hvordan den videre prosessen blir.

Direction- setting phase; her settes agenda, retning og felles mål for samarbeidet. Ulike sider ved saken skal vurderes og ulike alternativer utforsket. Fasen skal ende opp i enighet om praktiske tiltak/handlinger. I denne fasen uttrykker også Gray viktigheten av å etablere grunnleggende regler for samarbeidet for å minimere misforståelser og usikkerhet.

Implementation-phase innebærer at beslutninger utføres og sikres. Gray beskriver faktorer som implementeringsfasen avhenger av for å kunne gjennomføres. Blant annet hvorvidt samarbeidet i de forutgående fasene har vært preget av informasjonsutveksling eller beslutningstaking. Gray beskriver at en fallgrube i et samarbeid er at tverrfaglige møter reduseres til kun å være kanaler for informasjonsutveksling. Deretter hvorvidt organiseringen av tjenesten muliggjør implementering av beslutningene og om eventuelt organiseringen må endres for å oppnå implementering.

Gray beskriver ulike egenskaper i samarbeidet som er kritiske for utfallet av fasene i prosessen. Først og fremst at de som skal samarbeid opplever samarbeidet som meningsfylt ved at det er en opplevelse av gjensidig avhengighet mellom de som skal samarbeide.

"Collaboration establishes a give and take among the stakeholders that is designed to produce solutions that none of them working independently could achieve. In this way, they all depend on each other to produce mutually beneficial solutions" (Gray 1989:11)

Gray uttrykker også viktigheten av at det i gjensidigheten ligger en forutsetning om at samarbeidet skal være demokratisk, inkluderende og fritt for hierarkier:

"Stakeholders in a collaboration essentially share the power to define a problem and initiate action to solve it" (Gray 1989:112)

Gray legger videre vekt på at løsninger vokser fram ved at forskjellene blant de som samarbeider utforskes konstruktivt; et suksesskriterium for å utløse det kreative potensial som ligger i å forene ulike faglige perspektiver. Det er også av stor betydning at hver enkelt deltaker har ansvar for å komme fram til enighet om løsninger, og at det må være et kollektivt ansvar for implementering av beslutninger. Å finne felles løsninger og enes om beslutninger forutsetter å være i møtekommende i forhandlinger i samarbeidet ved å være innstilt på både å kunne gi og ta i prosessen. Hun sier at et samarbeid som er innstilt på å gi og ta har mulighet for å komme med løsninger som ingen ved å arbeide selvstendig kan oppnå (Ibid).

Axelsson og Axelsson (2009) bruker betegnelsen altruisme i forbindelse med tverrfaglig samarbeid. Slik jeg kjenner begrepet fra andre sammenhenger, så er det en beskrivelse av uegennyttige handlinger. Altruisme i tverrfaglig samarbeid beskriver Axelsson og Axelsson som nødvendig for at de beste løsningene skal være mulig å komme fram til. Løsninger som ikke nødvendigvis er den beste sett fra eget ståsted, men som er best for helheten i pasientens situasjon. Altruisme i tverrfaglig samarbeid innebærer at det av og til er nødvendig å sette seg selv og egen yrkesgruppe til side. Det er først da helheten som resultat kommer fram; målet med å samarbeide tverrfaglig.

For å fremme samarbeidet og å gjøre praksis mest mulig forutsigbar, så er det viktig å

avklare og å finne balansen mellom de ulike kompetansene; hva som er et fags kjernekompetanse og hva som er felleskompetanse. Tanken bak tverrfaglig samarbeid er å integrere ulike fagperspektiver for å oppnå en merviten. Graden av integrering sier derfor noe felles innsats og om kvaliteten av samarbeidet. Utfordringen i samarbeidet blir å finne en balanse mellom integrering av fagperspektivene for best mulig helhet og differensiering for anerkjennelse av de ulike fagbidragenes kjernekompetanse. Samtidig som det er viktig å gi og ta i samarbeidet er det viktig å opprettholde forskjellene og å anerkjenne hver profesjons fagspesifikke bidrag. Det er nettopp forskjellene som gir samarbeidet dynamikk, og som gir mulighet for gode løsninger (Willumsen 2009). Målet for tverrfaglig samarbeid er ikke at fagene skal bli like.

Å avklare felleskompetanse, kjernekompetanse, rammer, inngå forpliktelser og formulere regler for samarbeidet er nødvendig for å lykkes med tverrfaglig samarbeid. Øvretveit (1995) formidler at nytten av å sette sammen ulike faglige perspektiver i et tverrfaglig samarbeid kan bli liten uten klare retningslinjer i samarbeidet. Øvretveit sier at forskjellene blant teammedlemmer er vanskelig å forene uten metoder for og en avklaring i forhold til beslutninger.

I en artikkel (Olesen 2009) om teamsamarbeidets betydning for rehabiliteringsprosessen, så legges det vekt på dialog som verktøy mellom samarbeidspartnere for å lykkes med samarbeidet. Olesen (Ibid) sier at når ulike yrkesgrupper settes sammen for å samarbeide, så er konflikter og uenigheter en naturlig og viktig del av hverdagen. Viktige ved at uenigheter gir mulighet for innovasjon og utvikling, og naturlig når mennesker med ulik fagbakgrunn og kultur settes sammen for å jobbe nært sammen. En forutsetning for at uenigheter skal føre til utvikling er konstruktiv dialog mellom yrkesgruppene. Fravær av dialog kan føre til fastlåste konflikter som hemmer samarbeidet. Olesen peker på at regelmessig veiledning er et minstekrav for å lykkes med teamsamarbeidet i en rehabiliteringsprosess. I den sammenheng vises det til en undersøkelse foretatt i USA. I undersøkelsen ble det konkludert med at team som hadde regelmessig veiledning viste til bedre rehabiliteringsresultater enn team som ikke fikk veiledning (Strauss et al 2008).

3.1.2. Tverrfaglig samarbeid i den profesjonelle arbeidsprosessen.

Abbott (1988) har i sin analyse av profesjoner fokus på det relasjonelle mellom profesjoner i arbeidsprosessen. Abbott beskriver profesjoners arbeidsprosess ved hjelp av tre faser: Diagnose, inferens og treatment, heretter kalt diagnose- analyse og tiltaksfasen. I relasjonen mellom profesjoner er Abbott opptatt av konkurranseaspektet i forhold til oppgaver og jurisdiksjon og utvikling av yrkesgrupper. Med jurisdiksjon menes det at det er et bånd mellom et yrke og bestemte oppgaver. Abbott sier at grunnlaget for konkurranse mellom profesjoner ligger i spenningsfeltet med det å definere oppgaver og ansvar. Han viser til at uklare ansvarsområder kan gi samarbeidet et element av konkurranse og unødvendig spenning.

Beskrivelsen av profesjonell virksomhet er universal for de fleste profesjoner. Arbeidsprosessen slik som jeg kjenner den fra sykepleieutdanningen, er beskrevet i en teoretisk modell som kalles sykepleieprosessen. Modellen har to sider; en problemløsnende side og en mellommenneskelig side. Det innebærer at både sykepleierens handlinger og samhandling med pasienten er sentralt i sykepleieprosessen. Den problemløsnende siden i modellen beskriver sykepleieres handlinger som en prosess gjennom faser. Isolert kan fasene i den problemløsnende siden gi et ensidig naturvitenskapelig fokus preget av teknikk og prosedyrer, mens det er samhandling mellom den profesjonelle og pasienten som på mange måter er avgjørende for å lykkes i problemløsningsprosessen. Den mellommenneskelige siden bringer med seg mulighet for en intersubjektiv relasjon mellom pasient og profesjonell som muliggjør medvirkning og et helhetlig perspektiv (Kristoffersen 2000).

Første fase i sykepleieprosessen kalles gjerne datasamlingsfasen og er en systematisk kartlegging av pasientens fysiske, psykiske og sosiale funksjonsnivå. Datasamlingen skal være grunnlaget for problemidentifisering. Grunnlaget for et helhetlig og brukerrettet perspektiv legges i datasamlingsfasen. Abbott (1988) kaller denne fasen for diagnosefasen og beskriver som at den profesjonelle tar pasienters problemer/behov inn i sitt kunnskapssystem for klassifisering. Han kaller det å skape et bilde eller få en oversikt over pasientens behov/problem. Hansen (2007) legger Abbotts terminologi til grunn i en modell over profesjonelt arbeid. I modellen skisseres diagnosefasen til å omhandle problemidentifisering i tre operasjoner: Datainnsamling, diagnose og behandlingspanorama. Behandlingspanorama sikter til registeret hver profesjon behersker

og som det settes en diagnose ut i fra. Fasen kan også sammenlignes med problemsetting fasen til Gray (1989). En viktig faktor i denne fasen er at et problems omfang reduseres og plasseres i forhold til en profesjons ansvarsområde. I forhold til at hver profesjon har begrensninger i sitt behandlingspanorama, så gir profesjonenes datasamling og diagnostisering sammen en bedre helhet og tydeliggjør viktigheten av at datasamling deles for å oppnå en bedre helhet i tverrfaglig samarbeid. Abbott (1988) bruker begrepene diagnostisering og behandling som kan assosiasjoner til legeyrket. Begrepene er derimot ment å skulle være overførbare til alle yrkesgrupper.

Etter at data er samlet er så neste trinn i sykepleieprosessen å klarlegge og vurdere problemidentifiseringene og å sette mål. Denne fasen i sykepleieprosessen skal ende ut i tiltak som skal kompensere for pasientens egen evne til å dekke sine behov. Abbott (1988) kaller dette analysefasen og beskriver den som en ren profesjonell handling hvor profesjonene setter en praktisk situasjon inn i sitt teoretiske kunnskapsgrunnlag for å finne riktige tiltak. Sammen med teori benytter den profesjonelle sine praktiske erfaringer. Abbott sier at yrkesgrupper som i liten grad anvender faglig analyse som verktøy er kjennetegnet av et rutinepreget arbeid. Fravær av analyse i arbeidsprosessen øker sårbarheten for konkurranse fra andre yrkesgrupper. I forhold til tverrfaglig samarbeid i analysefasen vil det som Gray (1989) påpeker, være viktig og utforske de ulike faglige perspektivene for å finne løsninger som hver profesjon alene ikke vil klare. Informasjon gis tilbake til pasienten igjen etter å ha vært i det profesjonelle system for analyse i form av tiltak og behandling (Vold Hansen 2007, Gray 1989, Kristoffersen 2000, Abbott 1988).

Abbott sier det er i grenselandet mellom profesjonene utviklingspotensialet for samarbeid finnes. Faktorer som påvirker mulighetene til å utforske grenselandet og til å bruke det enorme potensialet som finnes i et tverrfaglig sammensatt team kan være mange.

3.1.3. Faktorer som påvirker tverrfaglig samarbeid.

Faktorer som påvirker hvordan tverrfaglig samarbeid utvikles i praksis er samlet og identifisert i en internasjonal litteraturstudie (Martin-Rodrigues et al 2005). Faktorene er beskrevet innenfor det relasjonelle, systemiske og organisatoriske nivået. Faktorer som jeg vil utdype, er makt og organisering fordi de er sentrale variabler i funnene mine.

På det relasjonelle nivået er det beskrevet mellommenneskelige faktorer som har innvirkning på samarbeidet. Individuelle forhold som vilje til å samarbeide, tillit, anerkjennelse og kommunikasjon mellom teammedlemmer er viktige. Tverrfaglig samarbeid er basert på frivillige prinsipper og innebærer at ingen kan tvinges til å samarbeide. Frivilligheten betyr at det til syvende og sist er hver enkelts vilje som i stor grad avgjør hvordan samarbeidet blir.

Med de organisatoriske rammene for tjenesteutøvelsen siktes det til organisatoriske modeller; hvordan arbeid er fordelt og ressurser til rådighet. Den tradisjonelle hierarkiske strukturen med etatsorganisering som er i mange av landets kommuner blir beskrevet som en hemmer av tverrfaglig samarbeid. Den byråkratiske styringsformen i etatsorganiseringen er kritisert for å være firkantet og regelorientert og å ha liten grad av beslutningsmyndighet nedover i systemet. Etatsmodellen, også kalt maskinbyråkratiet, er kjennetegnet ved flere ledernivåer med sentrale beslutninger og regelstyrte arbeidsprosesser. En organisasjon inneholder seks grunnleggende elementer: Den øverste ledelsen som har det overordnede beslutningsansvaret, mellomledelsen og operatørkjernen. Operatørkjernen er de som produserer og utøver tjenestene. Mellomledelsen er bindeleddet mellom øverste ledelse og utøverne. Rundt disse grupperingene er det igjen ulike støttestaber; merkantil og teknostrukturer, kvalitetskontroll og prosedyrer. Til slutt er det også en ideologi rundt en organisasjon som uttrykker dens kultur og verdigrunnlag. Etatsmodellen er beskrevet til å være hensiktsmessig der det er en stor operatørkerne, slik som i mange kommuner der hvor det er nødvendig med en viss standardisering av arbeidsprosesser for å oppnå likhet i tjenesteutøvelsen (Sørensen 2000).

En hemmer for tjenesteutøvelsen i en etatsorganisering kan være at operatørne i liten utstrekning har innflytelse på sin arbeidssituasjon. I organiseringen er det et sterkt skille mellom nivå som utvikler strategier og tar beslutninger i forhold til arbeidsprosesser, og nivå som skal implementere strategier og beslutninger. Forutsetningen for at en slik arbeidsdeling skal være vellykket er at øverste leder som beslutter må ha all informasjon og kunnskap om operatørnivået, og at det i situasjonen ikke vil være behov for endring av en strategi under implementeringen (Sørensen 2000). Gray (1989) påpeker at en forutsetning for å lykkes med implementering av teambeslutninger er at organiseringen muliggjør implementering. Team uten tilstrekkelig

organisatorisk støtte kan lett komme i en situasjon hvor det er vanskelig å følge opp teambeslutninger. Samarbeidet kan da oppleves meningsløst. Det er også av betydning hvorvidt en organisasjons ideologi støtter opp om tverrfaglig samarbeid mellom profesjonene noe som vil kreve forankring fra øverste ledelse og nedover i systemet til operatørkjernen (Sørensen 2000).

Det systemiske nivået innebærer faktorer utenfor organisasjonen som sosiale og kulturelle faktorer. Utdanningsinstitusjonene har for eksempel en sentral rolle i utviklingen av yrkesutøvere. Tradisjonelt har fokus i utdanningen vært på autonomi og selvstendighet hos yrkesutøveren. Det har vært lite fokus på samarbeid og den gjensidige avhengigheten mellom yrkesutøverne for å oppnå best mulig resultat. En forutsetning som identifiseres for å kunne anerkjenne avhengigheten til andre yrkesgrupper, er å ha kjennskap til andres yrkesgruppers ansvarsområder. En annen systemisk faktor som beskrives om avgjørende for å lykkes med tverrfaglig samarbeid er likhet mellom yrkesgruppene. Maktforskjeller i samarbeidet anses for å være en stor barriere for tverrfaglig samarbeid (Martin-Rodrigues et al 2005).

Jeg ønsker å se på maktbegrepet i forhold til diskursen omkring tverrfaglig samarbeid. Med diskurs sikter jeg til drøftelser og dominans rundt begreper og forståelse om tverrfaglig samarbeid. Michael Foucault (1995) var en filosof kjent for sine undersøkelser av diskursen innenfor fengsler og psykiatriske institusjoner med fokus på relasjonen mellom makt og kunnskapsproduksjon. Foucault legger vekt på det relasjonelle forholdet mellom maktstrukturer og kunnskap. Foucault gir uttrykk for et maktbegrep som skiller seg fra den tradisjonelle undertrykkeren og den undertrykte. Foucault er mer opptatt av at makten er tilstede i relasjoner, tilstede i samfunnet som forutsetninger som styrer måten vil tenker, snakker og lærer på. Med andre ord: Makten kommer til syne i diskursen. Ofte er disse forutsetningene udiskuterte og ubevisste. Foucault sier at kunnskapsdannelse forutsetter maktstrukturer, og at kunnskap er en forutsetning for makt (Foucault 1995, Eriksen 1993, Alvesson og Sköldbberg 2008).

I denne oppgaven er det interessant å se på forholdet mellom kunnskap og makt når yrkesgruppene i fagteamene kommer sammen i møtene for å planlegge rehabiliteringsprosessen; om det snakkes eller handles på en måte i samarbeidet som er med på å opprette eller opprettholde et maktforhold i samarbeidet. Hva som er i fokus

under møtene, og om udiskuterte maktstrukturer kanskje er i miljøet allerede ved oppstart av møtet?

Diskusjonen i kapittel 6 vil jeg prøve å strukturere i en diskursiv form. Det vil si en diskursanalyse av det tverrfaglige samarbeidet i teamene. Her følger definisjon av diskurs:

”Talemåter og logikker som bestemmer grensene for hva som er sosialt og kulturelt akseptert som ”sant”, ”troverdig”, ”fornuftig”, ”godt” m.m. Diskursens grenser viser dermed også hva som ikke er mulig å si i en bestemt sammenheng” (Börjesson 2003 i Alvesson og Skjöldberg 2008: 465).

Diskursanalysen hevder at den sosiale verden blir konstruert gjennom språket. Bruken av språklige ressurser, utvelgelse fra disse ressursene og ikke minst hva som velges bort, bidrar til å konstruere den felles sosiale virkeligheten. Den valgte konstruksjonen gir også konsekvenser. Oppfattelsen av den felles virkeligheten kan da ses som en konsekvens av den valgte konstruksjonen. Språket vil være konstruert og samtidig konstruerende ut fra hva den enkelte velger å si, hva det sies noe om og ikke minst hvilken kunnskap som kommer til syne.

I forhold til min undersøkelse vil jeg da forsøke å avdekke både språklige mønster, handlingsmønstre og de forskjellige måtene å forstå eksempelvis tverrfaglig samarbeid, hvordan handlingskompetansen kommer til uttrykk i diskursen i fagteamene (Skjöldberg og Alvesson 2008).

I neste avsnitt vil jeg ta opp begrepet handlingskompetanse og læring av tverrfaglig samarbeid. Men først min forståelse av tverrfaglig samarbeid i fagteamene ved avdelingen formulert i en definisjon. Definisjonen har jeg utarbeidet med utgangspunkt i min erfaring fra samarbeidet og fra teorien jeg har presentert i oppgaven.

”Tverrfaglig samarbeid er når teammedlemmene deler datasamling, utforsker de ulike faglige perspektiver, gjennomfører en analyse på dette grunnlaget for å formulere delmål og rehabiliteringstiltak som ivaretar brukerens perspektiv og helheten i rehabiliteringsprosessen”.

3.2. Profesjonell handlingskompetanse og tverrfaglig samarbeid.

Handlingskompetanse i forhold til helhetlig, brukerrettet og tverrfaglig samarbeid i fagteamene er et sentralt spørsmål i oppgaven. Nygren (2004) tar utgangspunkt i grunnleggende strukturer i profesjonell handlingskompetanse og har fokus på læring og utvikling av strukturene. Nygren beskriver utviklingen av handlingskompetanse som en prosess og som den profesjonelles læringsbane. Jeg vil redegjøre for strukturene i Nygrens handlingskompetansebegrep for å tydeliggjøre utviklingen av handlingskompetanse i tverrfaglig samarbeid. Strukturene er yrkesrelevant kunnskap, yrkesrelevant ferdigheter, yrkesrelevant kontroll, yrkesrelevant identitet og yrkesrelevant handlingskompetanse.

3.2.1. Strukturer i profesjonell handlingskompetanse.

Praksisfellesskapet med fagteamene i rehabiliteringsavdelingen består av flere yrkesgrupper med ulike kunnskapsgrunnlag og ansvarsområder. Sammensetningen av yrkesgruppene innebærer et komplekst fagmiljø med flere fagspesifikke handlingskompetanser som skal koordineres i tverrfaglig samarbeid. Koordineringen innebærer at handlingskompetanse i forhold til tverrfaglig samarbeid også er påkrevet.

Nygren (Ibid) sier yrkesrelevant kunnskap er nødvendig for å løse en oppgave innenfor et ansvarsområde. Herunder kunnskap om lover og forskrifter som regulerer praksisutøvelse, og kunnskap om nære samarbeidspartneres oppgaver og organisering. Yrkesrelevante ferdigheter er kompetanse til å integrere yrkesrelevante kunnskaper i praksis. Ansvarsområdet i forhold til tema er rehabilitering og yrkesrelevant kunnskap om og ferdigheter i å utøve tverrfaglig samarbeid er nødvendig. Ferdigheter til å arbeide tverrfaglig knytter jeg til innholdet i min definisjon av tverrfaglig samarbeid i fagteamene; ferdighet til å dele og sammenfatte data, analysere data og utforske de ulike faglige perspektivene, formulere rehabiliteringstiltak og delmål på en brukerrettet og helhetlig måte.

Sett i forhold til at tverrfaglig samarbeid i liten grad har vært vektlagt i utdanninger av helsepersonell skjer læring av tverrfaglig samarbeid i størst grad i yrkesutøvelse i praksis. Fagteamene er en aktuell læringsarena for å utvikle handlingskompetanse i tverrfaglig samarbeid. Derfor er det interessant å se på forutsetninger for at fagteamene skal være en

ideell læringsarena.

I utvikling av handlingskompetanse er situert læring sentralt. Situert læring innebærer en forståelse av læring forankret i den sosial praksis der aktivitetene skjer.

Kunnskapstilegnelse blir knyttet til sosiale praksiser i henholdsvis utdanningssfæren, yrkessfæren og privatsfæren. Tradisjonelt har det vært et skille mellom kunnskap som tilegnes i skole og praksis. Teoretisk kunnskap knyttes gjerne til den skolastiske undervisningen med formidling av kunnskap. Situert læring innebærer læring ved deltakelse i sosiale sammenhenger i relasjon med andre. Nygren peker på at det tradisjonelle skillet mellom teori og praksis er kunstig fordi all teori er basert på erfaringer i sosial praksis. Nygren sier at skillet snarere er i forhold til at læring skjer i ulike sosiale praksiser innenfor skole, privatliv og yrkeslivet.

I situert læring er refleksjon et verktøy for læringsoppnåelse. David Kolb (1984) er kjent for sin forskning på læring basert på refleksjon over erfaringer. Den konkrete erfaringen som er gjenstand for refleksjon vil kunne medføre at erfaringen begrepsfestes og settes ord på. Refleksjonen gir ny kunnskap og innsikt som gir grunnlag for nye arbeidsmåter. Læring beskrives som en sirkulær prosess og nye arbeidsmåter er igjen gjenstand for refleksjon.

Yrkesrelevant kunnskap som er tilegnet kan ha ulike uttrykksformer. Kunnskapen kan være uttalt og eksplisitt. Den kan arte seg som kjennskap til noe fra personlige erfaringer, og kunnskapen kan arte seg som taus. Eksplisitt kunnskap er kjennetegnet av å være språklig uttrykt i teori. Eksplisitt kunnskap er bevisst hos den profesjonelle, og det er lett å formidle kunnskapen til samarbeidspartnere i fagteamene. Eksplisitt kunnskap blir gjerne beskrevet som faktakunnskap (Nygren 2004). I fagteamene er fysiske utfall etter hjerneslag et eksempel på faktakunnskap. Personer som har samme type og størrelse på hjerneskadene etter hjerneslaget vil ha tilnærmet like fysiske utfall. De individuelle forskjellene er snarere rettet mot psykiske og sosiale reaksjoner på sykdommen

Taus kunnskap tar utgangspunkt i at vi kan vite mer enn vi kan si. Menneskets kunnskap er altså ikke begrenset til fakta og det artikulerte og skriftlige. Polanyi (1966) benytter fysiognomien og viser til menneskets evner til gjenkjenning av en persons ansikt blant tusener av andre ansikter uten å kunne gjøre rede for kunnskapen som er grunnlaget for

gjenkjennelsen. Mennesket gjenkjenner helheten uten å kunne uttrykke kunnskap om delene. Polanyi (Ibid) uttrykker gjenkjennelsen ved å vise til gestaltpsykologien:

”Gestaltpsykologien har demonstrert at vi kan kjenne en fysiognomi ved å integrere vår kjennskap til delene uten å være i stand til å identifisere dem” (Ibid:17).

Polanyi knytter altså gestaltpsykologisk erkjennelse til sin analyse av kunnskap. Polanyi tar utgangspunkt i gestaltpsykologiens beskrivelse av den spontane perseptive ordningen av inntrykk til en helhet; *”en aktiv forming av erfaring som utføres i søken etter kunnskap”* (Ibid:18).

Polanyi viser til forskning på subliminal persepsjon (Store norske leksikon); en ubevisst persepsjon som muligens kan forme atferd og tanker uten bevissthet om stimuli som påvirker. Den subliminale persepsjonen gir kunnskap det ikke kan gjøres rede for, men som handles i forhold til eller på grunnlag av. Den tause underforståtte erkjennelsen av delene benyttes mot delenes resultat, uten at delene kan gjøres rede for.

Den tause kunnskapen i helsevesenet forstår jeg som at yrkesutøveren har tilegnet seg kunnskap gjennom praksis. Kunnskapen kan vise seg som funksjonelle ferdigheter eller for eksempel i form av det kliniske blikket. Det kliniske blikket kan forklares som en umiddelbar sansing av et problemområde, en tiltakskjede, en umiddelbar faglig vurdering. Vurderingen har base i tause kunnskap og lar seg vanskelig artikulere (Kristoffersen 2000).

På bakgrunn av at yrkesgruppene i fagteamene ikke arbeider sammen i praksis, er det grunn til å anta at den tause kunnskapen i form av klinisk blikk og ferdigheter, ikke deles i fagteamene. I min forståelse av tverrfaglig samarbeid i fagteamene, vil det være vanskelig å dele og sammenfatte yrkesgruppens informasjon for å oppnå felles forståelse, om ikke yrkesgruppene artikulerer deler av den tause kunnskapen.

Lauvås og Lauvås (2004) setter ulike kunnskapssyn i sammenheng med vanskeligheter med å arbeide tverrfaglig. De største hindringene for tverrfaglig samarbeid er relatert til maktkamp mellom yrkesgrupper hvor kunnskap brukes som våpen. Kunnskap som i størst grad er faktabasert og i tråd med tradisjonelle vitenskapelige krav, har en tendens til å dominere og ha høyest status i tverrfaglig samarbeid.

Wacherhausen og Wacherhausen (1999) har definert og kategorisert de tradisjonelle kravene til kunnskap som en familie av dogmer. Et dogme forstås her negativt og som en fastholdt ureflektert sannhet. I historisk sammenheng har det vært strenge krav til og en strid omkring hva som kan kalles vitenskapelig kunnskap. Polanyi (1966) var i sin tid banebrytende og hans beskrivelse av taus kunnskap i strid med tradisjonell oppfattelse av kunnskap. Wacherhausen og Wacherhausen (1999) beskriver den tradisjonelle vitenskapelige kunnskapen slik:

- Første hoveddogme hevder at kunnskap må være eksplisitt og i språklig form, og begrunnet sann
- Andre hoveddogme hevder at forandring, også ferdigheter, lar seg regelsette. Med dette menes at ferdigheter, også profesjonelle ferdigheter, lar seg beskrive og utøves etter regler og prosedyrer
- Tredje hoveddogme hevder at kompetanse konstitueres av eksplisitt kunnskap kombinert med regelbaserte ferdigheter
- Fjerde hoveddogme skiller mellom fag og person; fagutvøveren som person og dens erfaringer er uten betydning.

Kvärnström (2009) sier at en vanskelig side ved å arbeide tverrfaglig, er å forene egen profesjons identitet med andre profesjoners identiteter. Kvärnström peker ut kollektiv handlingsrefleksjon i team som en nødvendighet og som suksessfaktor for å kunne bedre teamsamarbeid. Læring av tverrfaglig samarbeid skjer i samhandling mellom yrkesgrupper. Deltakelse i et tverrfaglig samarbeid er en livslang sirkulær læringsprosess.

Nygren (2004) beskriver utviklingen av yrkesrelevant identitet som en sosialiseringsprosess, ved deltakelse i utdanning og ulike praksisfellesskap i yrkespraksis. Deltakelse i ulike praksisfellesskap kan gi flere yrkesidentiteter. Nygren skiller mellom identifisering med og identifisering som. Identifisering med forutsetter en anerkjennelse av den andre i relasjonen. Identifiseringen med vil være i forhold til oppgaver, ansvarsområder, verdigrunnlag og ideologi i praksisfellesskapet. Identifisering som er identifisering av en selv som legitim utøver i praksisfellesskapet.

Rehabiliteringsavdelingen er ideelt sett et praksisfellesskap med en flerfaglig sammensatt personalgruppe. Sosialiseringen for tverrfaglig identifisering med er derimot i stor grad

begrenset til møter i fagteamene fordi yrkesgruppene ikke arbeider sammen i den praktiske rehabiliteringsutøvelsen.

En fjerde struktur som er av betydning i praksisfellesskapet i fagteamene er yrkesrelevant kontroll. Beslutningsmyndighet og selvstendighet i egen arbeidsprosess er det sentrale i strukturen og en forutsetning for å kunne handle ut kompetanse. Gray (1989) beskriver mulighet til implementering av beslutninger som en forutsetning for å lykkes med tverrfaglig samarbeid.

Etter den teoretiske gjennomgangen, så ser jeg flere forutsetninger for at fagteamene skal være en ideell læringsarena for å utvikle handlingskompetanse i tverrfaglig samarbeid. En oppsummering:

- Et teoretisk begrepsapparat om tverrfaglig samarbeid og bevissthet om profesjonell arbeidsprosess
- Kollektiv handlingsrefleksjon for å integrere teoretisk begrepsapparat i praksis, for identifisering med samarbeidspartnere, for å begrepsfeste taus kunnskap, for å dele ferdigheter
- Individuell refleksjon for bevisstgjøring av egen faggruppes kompetanse og perspektiv (identifisering som)
- Beslutningsmyndighet til å implementere teambeslutninger

Kollektiv og individuell handlingsrefleksjon er øvelser som vil kreve profesjonell og systematisk veiledning. Her følger en definisjon av veiledning:

”Veiledning har som hovedhensikt å sikre brukerne av helse- og sosialtjenestene et godt faglig tjenestetilbud

Veiledning er en utdanningsprosess som inngår i skoleringen til velferdsstatens yrker, den bør gå over en viss tid, være preget av regelmessighet og interaksjon mellom den som blir veiledet og veileder

Veiledning skal utvikle den praktiske yrkesteori hos den som blir veiledet, og drives i samtaleform preget av refleksjon med utgangspunkt i egen praksis/yrkesfunksjon.

Sammenhengen mellom teori og praksis står sentralt

Veiledning skal gi den som blir veiledet en yrkesfaglig bevissthet, og stimulere til en etisk forankret praksis, i tillegg skal den gi den som blir veiledet en sikkerhet som yrkesutøver og en profesjonell identitet”(Sandell 2004:12)

De yrkesrelevante strukturene jeg har gjort rede for integreres og blir en persons handlingsberedskap i praksisfellesskapet. En person kan utvikle flere ulike kontekstspesifikke handlingsberedskap og utgjør til sammen en persons totale handlingskompetanseprofil. For å oppsummere strukturene i profesjonell handlingskompetanse viser jeg til Nygrens (2004:223) definisjon av handlingsberedskap:

”Handlingsberedskapen representerer en kognitiv og motivasjonell tendens hos personene til i bestemte situasjoner på en integrert måte å ta i bruk bestemte kunnskaper, ferdigheter, kontroll og en bestemt yrkesmessig identifisering av seg selv og den aktuelle praksisen i tråd med bestemte verdier og ideologier, mål, behov og følelser.

Definisjonen og gjennomgangen av strukturene viser at det er en gjensidig avhengighet mellom de ulike strukturene for å oppnå læring og utvikling av handlingskompetanse. Utvikling av kunnskap og ferdigheter påvirker utviklingen av identiteter og omvendt.

4.0. Undersøkelsens design.

4.1. Vitenskapsteori og metodevalg.

For best å beskrive hvordan teamsamarbeidet i fagteamene fungerer har jeg benyttet en kvalitativ forskningsmetode med et fenomenologisk perspektiv. Jeg bruker ikke-deltakende observasjon og individuelle intervju som metoder for å samle data. Jeg velger å kombinere metodene fordi jeg ønsker både å samle data om hvordan samarbeidet utspiller seg under møtene, og hvordan utøverne selv oppfatter og tenker rundt samarbeidet. Observasjon som metode innebærer å se hva mennesker gjør i ulike situasjoner. Metoden egner seg godt ved behov for:

”å registrere hva mennesker faktisk gjør (atferd), ikke hva de sier at de gjør (Jacobsen 2005:159).

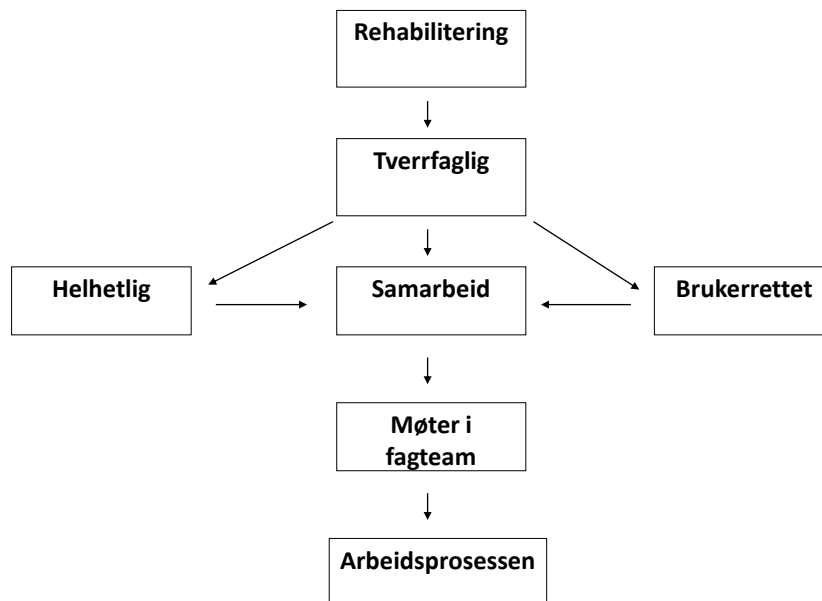
Individuelle intervjuer har som hensikt finne ut mer om menneskers oppfatninger, meninger og erfaringer. Metoden egner seg godt:

”når vi er interessert i hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et spesielt fenomen”. (Jacobsen 2005:142,143)

Triangulering av metodene vil kunne gi meg data om både teammedlemmene handlinger og egne opplevelser og erfaringer av samarbeidet.

Intensjonalitet er et sentralt begrep innenfor fenomenologien. Begrepet innebærer i korte trekk å forholde seg til fenomener med en før-bevissthet som gjør at ingen kan stille seg utenfor fenomener som objektive tilskuere. Som ledd i den fenomenologiske tilnærmingen har det derfor vært viktig at jeg som forsker er blitt bevisst min egen forforståelse av fenomenet jeg skal undersøke. Et spesielt forsterket behov ved at jeg forsker på egen arbeidsplass.

Ved siden av å skrive ned min forforståelse, så har jeg forut for undersøkelsen satt meg inn i politiske føringer for rehabiliteringsfeltet for å ha en klar bevissthet om hva lovverket krever av praksis. Dessuten har jeg orientert meg i teoretiske beskrivelser av tverrfaglig samarbeid for å prøve å begrense omfanget av mulige definisjoner og forståelser. Forberedelsene som jeg gjorde før undersøkelsen, medførte at jeg operasjonaliserte problemstillingen i fem forskningsspørsmål. Forberedelsen medførte også at jeg dannet meg hovedkategorier for undersøkelsen før datainnhenting. Kategoriene ble dannet ut i fra forståelse av rehabilitering som brukerrettet, helhetlig og tverrfaglig. Mitt perspektiv på kategoriene var hva som henholdsvis hemmer og fremmer den tverrfaglige arbeidsprosessen under møtene. Valgene gjorde jeg ut i fra teori om og lovverk i forhold til rehabilitering presentert i kapittel 2. Figuren under kan illustrere kategoriene:



Jeg anser kategoriene til å være såpass generelle at de ikke vil styre undersøkelsen. Jeg utarbeidet et skjema med kategoriene (heretter kalt kategoriseringsskjema). Kategoriseringsskjemaet brukte jeg som feltnotat under observasjonene, og som matrise i analysearbeidet.

4.2. Tanker om å forske på egen arbeidsplass

Å forske i egen arbeidsplass innebærer å studere en del av sin egen arbeidshverdag. I en kvalitativ metode er nærhet til fenomener som skal undersøkes et viktig element. Noe av kritikken mot å forske på egen arbeidsplass er derimot at det blir så nært at evnen til avstand og en mer analytisk holdning til det en skal undersøke blir vanskelig. Idealet er en evne til å veksle mellom nærhet og distanse.

”Nærheten er nødvendig for å forstå den undersøktes virkelighet, men avstanden er viktig for å sette denne oppfatningen inn i et videre perspektiv” (Jacobsen 2005:40).

Forskning på egen arbeidsplass hvor en selv har førstehåndskunnskap om feltet kan by på vanskeligheter som en ikke i samme grad vil ha i felt som er fremmede. Sosiale og kulturelle forhold kan tas for gitt og selvsagte

”Det kan være vanskeligere å få tak i mange forhold i vår egen kultur enn i en fremmed kultur, nettopp fordi de tas for gitt” (Wadel 1991:18).

Jeg ser en utfordring ved at jeg er kollega med respondentene. Forholdet kan bli for nært. Jeg valgte å være ikke-deltakende observatør for på den måten å skape en avstand til fenomenet som jeg til vanlig har stor nærhet til. Jeg tror valget var helt nødvendig for at jeg skulle kunne observere og se mønstre i forhold til arbeidsprosessen under fagmøtene.

Jeg valgte bort deltagende-observasjon fordi metoden innebærer deltagelse i arbeidsoppgavene. Jeg tror jeg ville hatt problemer med å finne rollen som forsker, og å se meg selv i forhold til de andre i prosessen, og hvilken rolle jeg hadde i gjennomføringen av møtene. Dessuten ville jeg i større grad kunnet påvirket resultatet ved deltagelse ved at jeg virket inn på respondentene jeg forsket på. Påliteligheten til data ville kunnet bli svekket ved at jeg ubevisst styrte undersøkelsen.

Jeg erfarte at rollene mine som både forsker og kollega var vanskelig å skille mellom selv som ikke-deltakende observatør. En observasjon var spesielt vanskelig for jeg opplevde å ha informasjon om pasienten som teamet ikke redegjorde for. Opplevelsen gjorde at jeg en stund glemte bort forskerrollen fordi jeg ble så opptatt av at relevant informasjon om pasienten ikke kom fram i møtet. Jeg synes det var vanskelig ikke å bryte inn i møtet å gi informasjonen. Refleksjonen jeg gjorde etter møtet var derimot verdifull, og medførte at jeg inntok et forskerperspektiv på hendelsen. Refleksjonen ga data etter møtet som var viktig for å beskrive problemstillingen.

Under intervjuene erfarte jeg at jeg vekslet mellom rollene som henholdsvis forsker og kollega under samtalen. Intervjuene utfordret meg i større grad i rollene enn observasjonene fordi jeg under observasjonen hadde jeg en passiv og taus rolle. Det jeg synes var vanskelig under intervjuene var at jeg plutselig skulle være annerledes i samtale med mine kolleger. Den formelle settingen under intervjuene gjorde derimot rollen min som forsker tydeligere. Jeg åpnet intervjuet formelt med å fortelle om studiet jeg går på, og undersøkelsens mål. Bruken av lydbånd var også med på å gjøre settingen mer formell. Lydbåndene var verdifulle. Ved transkripsjoner oppdaget jeg elementer i samtalen jeg ikke hadde fått med meg under samtalen blant annet fordi jeg vekslet mellom rollene.

En fordel med å være en del av miljøet jeg forsker i kan kanskje være at jeg kan få tak i data som en fremmed ikke kan. Kjennskapen til miljøet kan gi meg mulighet til å gå mer i

dybden av data. En fordel for meg under observasjonene var at jeg ikke stakk meg ut som et fremmed element, og gled mer naturlig inn i miljøet. Under intervjuene var situasjonen annerledes. I løpet av studietiden byttet jeg stilling i avdelingen fra å være sykepleier til å være avdelingssykepleier. Under observasjonene var jeg sykepleier og under intervjuene var jeg avdelingsleder. Det vil være naivt å tro at min posisjon som leder ikke innvirket på intervjusituasjonen. Det at en leder skal forske på samarbeidet mellom sine ansatte er spesielt. Jeg opplevde at min posisjon ble tydelig da temaer om konflikter og vanskeligheter i samarbeidet kom opp. Jeg opplevde at to av respondentene var tilbakeholdne under intervjuene. Jeg antar at tilbakeholdenheten kan ha sammenheng med min rolle som leder. Jeg ville ikke valgt å gjennomføre undersøkelsen i egen avdeling hvis jeg hadde visst om at jeg skulle endre posisjon i avdelingen mellom datainnhentingene. Jeg valgte derimot å fortsette undersøkelsen i egen avdelingen fordi data fra observasjonene i seg selv var sterke og beskrivende for problemstillingen (Wadel 1991, Jacobsen 2005).

4.3. Utvalgskriterier

Utvalget er relativt lite fordi jeg ønsker å gå i dybden for å avdekke så mange erfaringer som mulig i fagteamene. Generalisering av funnene er ikke mitt mål. Målet er å bruke funnene til fagutviklingsarbeid i avdelingen.

Ved rehabiliteringsavdelingen er det i underkant 30 av de ansatte som arbeider i fagteam. Assistenten og sykepleiere og hjelpepleiere som jobber kvelds og nattstillinger er ikke med i teamene. Den teoretiske populasjonen for undersøkelsen vil være i forhold til ansatte som arbeider i teamene. Det vil si ca 30 enheter. Populasjonen består av fem fysioterapeuter, to ergoterapeuter, en logoped, en lege, ca 10 sykepleiere og ca 10 hjelpepleiere. Fagteamene er alltid sammensatt av fire til seks ulike profesjoner. Derfor er kriterier for flerfaglig sammensetning i teamene gitt på forhånd. Kjønnfordelingen i personalgruppa er dominert av kvinner. Mennene er i fåtall og kun i terapigruppa.

Valg av fagteam for observasjoner og respondenter til intervjuene skjedde tilfeldig. Jeg fikk tillatelse til å gjennomføre observasjonene mens jeg var på jobb. Fagmøter ble valgt ut i fra hvilke fagteam som hadde møter de dagene jeg var på jobb. Innkalling til møtene kan skje på ganske kort varsel slik at det var vanskelig for meg å planlegge dager for

gjennomføring av observasjonene. Avdelingen har 12 rehabiliteringsplasser. Rundt hver pasient dannes det et fagteam, noe som innebærer at avdelingen kan ha opptil 12 ulike fagteam samtidig. Jeg observerte seks møter i ulike fagteam.

Jeg valgte å gjennomføre individuelle intervjuer med yrkesgruppene i et fagteam. Jeg avsatte en periode på 14 dager for intervjuer og valgte tilfeldig et fagteam som nylig hadde avsluttet en rehabiliteringsprosess. Fagteamet besto av hjelpepleier, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Tilfeldig utvalg medførte at fagteamet jeg intervjuet ikke hadde med lege og logoped. Det vil allikevel være representativt for teamsamarbeidet siden lege og logoped ofte ikke er representert i fagteamene. Lege er kun med ved spesielt vanskelig medisinske forhold og logoped er med når pasienten har kommunikasjonsproblemer og/eller svelgproblemer. Alle fikk en muntlig forespørsel av meg om de ville stille opp til intervjuer. Intervjuene varte mellom 40 og 50 minutter.

Jeg sendte ansatte i avdelingen informasjon om undersøkelsen per e-post. Det var ingen som reservert seg mot å delta. Tvert imot har jeg møtt godvilje og interesse for å delta og en positiv holdning til at det skal være fokus på kvalitetsutvikling av samarbeidet.

4.4. Gjennomføringen av datainnhenting.

4.4.1. Observasjonene.

Jeg startet undersøkelsen med å observere fagteamene. Tanken var at observasjonene skulle være en slags forundersøkelse for intervjuene for å forberede meg selv som forsker i forhold til hvordan møtene ble gjennomført, hva som var i fokus og hvordan kommunikasjonen mellom profesjonene artet seg. Data jeg fikk fra observasjonene har derimot en selvstendig rolle i mitt datagrunnlag, og viktig for å belyse data fra intervjuene. Observasjonene gav også data som jeg ikke fikk fra intervjuene. Møtene er ment å skulle vare mellom 15 til 30 minutter men noen av møtene trakk ut til 45 til 60 minutter. Observasjonene ble gjennomført over en tre måneders periode i 2010. Alle møtene ble holdt i et rom som er kombinert arbeidsrom og møterom. Avdelingen hadde ikke på den tiden et eget møterom. Det vil si at alle sitter litt spredt i rommet på kontorstoler uten å ha et bord som er samlende i midten. Det er også mange forstyrrelser utenfra ved at personalet går ut og inn av rommet. Selv satt jeg i et hjørne ved vinduet og prøvde å gjøre meg så usynlig som mulig. Rollen som observatør var en ny opplevelse for

meg, og underlig ved at det var en litt sånn ut av deg selv opplevelse. Det var som å sitte på utsiden og betrakte meg selv og team som jeg vanligvis er en aktiv del av. I begynnelsen følte det ubekvent, og jeg tok meg i å være mer opptatt av min egen rolle som passiv observatør enn hva som faktisk foregikk under møtet. At jeg satt utenfor fellesskapet medførte også en del morsomme kommentarer fra deltakerne i møtet. Etter hvert erfarte jeg at teamet tilsynelatende raskt glemte min tilstedeværelse, og jeg følte at jeg egentlig raskt ble litt som den berømte fluen på veggen.

Underveis i observasjonene skrev jeg stikkord i kategoriseringskjemaet med fokus på handlinger, adferd, kroppsspråk, fokus under møtet og kommunikasjon. Jeg skrev ikke ordrett hva som ble sagt, men med fokus på kommunikasjonen. Etter observasjonen skrev jeg en logg over møtet og refleksjoner jeg hadde gjort meg under observasjonen og som kom i løpet av loggføringen. Refleksjonsprosessen gjentok jeg etter et par dager. Loggene, refleksjonsnotatene og notatene i kategoriseringskjemaet utgjør til sammen mine feltnotater over observasjonene.

4.4.2. Intervjuene.

Etter at kategoriseringsarbeidet i forhold til observasjonene var ferdig, så utarbeidet jeg en intervjuguide. Jeg tok utgangspunkt i kategoriseringskjemaet i utarbeidelsen, og skrev stikkord i forhold til foreløpige funn av observasjonene innenfor kategoriene. Jeg valgte en halvstrukturert intervjuguide uten forhåndsbestemte spørsmål. Tanken var at for mange spørsmål ville kunne medføre at intervjuet i for stor grad kunne bli styrt bort fra respondentenes livsverden og til min egen livsverden. Ut fra et fenomenologisk perspektiv ville en altfor detaljert intervjuguide kunne hindret at respondentene forteller fritt om fenomenet for undersøkelsen.

Intervjuene gjennomførte jeg over en fire ukers periode senvinteren 2011. Grunnen til spranget i tid mellom observasjonene og intervjuene var at jeg høsten 2010 byttet stilling i avdelingen fra å være vanlig sykepleier til å være avdelingsleder. Det var mye nytt for meg å sette seg inn i, og studiet måtte i en periode fram til julen legges bort.

I løpet av perioden fra observasjonene hadde avdelingen fått eget møterom. Alle intervjuene foregikk der. Før oppstart skrev respondentene under på en

samtykkeerklæring. Alle godtok at jeg brukte lydbånd. Jeg valgte å bruke lydbånd for å gjøre samtalen mest mulig naturlig uten avbrytelser. Uten lydbånd ville jeg måttet skrive notater underveis, og ville ikke kunnet ha blikkontakt med respondenten. Dessuten ville det være en fare for at viktige opplysninger ville bli glemt eller overhørt uten lydbånd. Da jeg lyttet gjennom lydbåndene under transkriberingen oppdaget jeg mye som respondentene sa, og som jeg ikke hadde fått med meg under intervjuene (Jacobsen 2005). Jeg tok ingen notater under intervjuene, men skrev logg og refleksjonsnotater etter intervjuene som ved observasjonene.

Jeg startet alle intervjuene med et åpent og generelt spørsmål i forhold til teamsamarbeid. Etter å ha lyttet gjennom alle fire intervjuene er mitt inntrykk at det er fire ganske ulike intervjuer. Ulike fordi intervjuene er preget av respondentenes omgangsførm og personlighet, selvfølgelig, men også ved at jeg prøvde å følge med spørsmål ut i fra hva respondentenes fokuserte på ut fra åpningsspørsmålet. Grunnen til at jeg prøvde å følge respondenten var at det ville gi meg mulighet til å finne data som jeg ikke har forventet å finne. Avslutningsvis i hvert intervju gikk jeg derimot gjennom intervjuguiden for å sjekke om det var viktige temaer som ikke var tatt opp. Dessuten spurte jeg også informantene tilslutt om det var noe de ville tilføye.

Transkriberingen av intervjuene gjorde jeg selv. Jeg har ikke skrevet ned lange pauser og sinnsstemninger. Jeg har lyttet gjennom intervjuene to ganger. Siste gangen noterte jeg refleksjoner jeg gjorde meg i forhold til pauser, måter å svare på, selvmotsigelser og steder de reserverte seg mot å svare.

4.5. Gjennomføringen av innholdsanalysen.

Grunntanken i hermeneutisk tolkningslære er at all forståelse baserer seg på en veksling mellom detaljene og de enkelte delene og helheten. De enkelte delene må ses i sammenheng med helheten, og helheten må ses i forhold til delene. Interaksjonen framstilles gjerne som en sirkel eller en spiral (Alvesson & Sköldbberg 2005).

Denne tanken gjenspeiler seg i kvalitativ tekstanalyse som jeg har benyttet. Metoden innebærer at det transkriberte materialet, feltnotatene og logg- og refleksjonsnotatene var helheten som jeg trakk delene ut i fra. Kategoriseringskjemaet som jeg brukte under feltobservasjonene benyttet jeg også under kategoriseringsarbeidet i analysen som

matriser hvor jeg samlet funnene innunder kategoriene.

I første trinn i analysen så skrev jeg ut rådata; jeg transkriberte intervjuene og gjorde et meningssammendrag av feltnotatene fra observasjonene. Deretter leste jeg gjennom transkripsjonene og meningssammendraget for å danne meg et samlet hovedinntrykk av innholdet.

I neste trinn foretok jeg en grov inndeling og reduksjon av datamaterialet innunder hovedkategoriene i kategoriseringsskjemaet. Jeg trakk ut observasjoner og utsagn og kategoriserte under henholdsvis hemmer og fremmer av samarbeidet under fagmøtene. Jeg kodet intervjuene til 1, 2, 3 og 4 og tilordnet enhetene til data jeg hadde trukket ut. Kodingen var nyttig, for da kunne jeg bevege meg fra de kategoriserte delene til den konteksten sitatet ble ytret i eller handlingen utført i. Da ble det lettere å gå tilbake til helheten siden analysearbeidet veksler mellom deler av intervjuet og hele intervjuet, noe som også kalles dekontekstualisering og rekontekstualisering.

I neste trinn reduserte jeg datamaterialet ytterligere og dannet konkrete underkategorier ut fra mønstre jeg fortolket i datamaterialet under kategoriseringen i analysearbeidet. Underkategoriene er sammenfallende med teoretisk rammeverk for oppgaven. Jeg plasserte underkategoriene i en egen kolonne i kategoriseringsskjemaene og dannet dermed en matrise over kategoriseringsarbeidet av både intervjuene og observasjonene. Underkategoriene kodet jeg deretter med A, B, C, D og E, og tilordnet kodene til datamaterialet i matrisene. Underkategoriene vil komme til uttrykk i analysen og diskusjonen av resultatene.

Til slutt i analysen sammenbandt jeg data på tvers av enheter, intervjuer og observasjoner og fikk resultatet av datainnhenting, eller en ny helhet, som vil være grunnlaget for diskusjonen i forhold til teoretisk rammeverk (Jacobsen 2005).

I diskusjonen vil jeg ha en diskursanalytisk tilnærming. Diskursanalyse er redegjort for i teoritilfanget.

4.6. Etiske betraktninger.

God forskningspraksis krever at deltakelse bygger på informert samtykke, at det etterstrebes konfidensialitet og at resultatet av forskningen tilbakeføres til feltet. I forhold til informert samtykke vil jeg si at avdelingspersonalet har fått tilstrekkelig informasjon i muntlig og skriftlig form. Tilstrekkelig informasjon til å ha et reelt grunnlag å bestemme seg for om de ville delta eller ikke. Kravet om størst mulig grad av konfidensialitet føler jeg er mer utfordrende. Miljøet i avdelingen er lite og sitater og meninger kan lett kjennes igjen i forhold til personer. Det har vært et dilemma jeg har følt på i analysearbeidet. Hensynet til personvernet på den ene siden og hensynet til å få en sann framstilling på den andre siden. Relasjonen jeg har til respondentene fra før er selvfølgelig også av betydning ved at det kan være vanskelig på en måte å bryte fortroligheten ved å sette meninger og utsagn i et annet lys enn de gjør selv. Da tenker jeg spesielt på at jeg kanskje også finner mønstre i et intervju eller observasjon som ikke er bevisst for dem det gjelder, og at de av den grunn kan stille seg uforstående til framstillingen. Et annet aspekt jeg har prøvd å holde bevissthet om er at jeg ikke skal føle større tilhørighet til mine egne i tolkningene. Det vil si sykepleierne.

Noen av sitatene jeg har brukt kan nok gjenkjennes til yrkesgrupper. Jeg har derimot anonymisert så mye som mulig ved blant annet å kalle alle respondentene han, og referer for det meste til sykepleierne og hjelpepleierne som avdelingspersonalet og fysioterapeutene, ergoterapeutene, logoped og lege som terapeutene.

Gjennomføringen av undersøkelsen er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (se vedlegg).

Resultatet av undersøkelsen vil bli gitt tilbake til avdelingen i kvalitetsutviklingsarbeid.

4.7. Et kritisk blikk på metode og oppgavens pålitelighet.

En av ulempene ved å benytte kvalitativ metode er at funnene vanskelig kan generaliseres. Sårbarheten i denne oppgaven er i tillegg at jeg samler data kun i en avdeling, og at utvalget er generelt sett lite. Jeg er klar over at det er problemer knyttet til validitet og reliabilitet ved kvalitative undersøkelser og liten populasjon. For å styrke påliteligheten og gyldigheten av funnene mine valgte jeg å triangulere metodene

observasjon og intervju. Trianguleringen medførte at flere av erfaringene som kom til uttrykk i intervjuene ble understøttet i observasjonene, og omvendt. Dessuten førte trianguleringen til at nesten alle i personalgruppa i mer eller mindre grad var med i undersøkelsen. Noe som taler for at funnene i en viss grad i det minste kan generaliseres i avdelingen.

Min veileder anbefalte meg å samle data i lignende avdeling i annen kommune i tillegg, noe jeg valgte bort. En grunn var at tidsperspektivet både på å gjennomføre lignende undersøkelser i en annen avdeling, og at mengden av datamaterialet ville øke. Jeg ser det ville vært en fordel for undersøkelsen om jeg hadde hatt en kontrollgruppe fra et annet fylke eller annen kommune for å gyldiggjøre resultatene ytterligere. Jeg ser også at et gruppeintervju av fagteamet jeg hadde individuelle intervjuer i kunne vært nyttig som supplement.

Valg av fagmøtene som arena for undersøkelsen var naturlig for å finne data om samarbeidet mellom yrkesgruppene. I forhold til forskningsspørsmålene som omhandler helhets- og brukerperspektivet ser jeg møtene alene ikke gir et riktig bilde. Jeg skriver mer om svakheten i diskusjonen.

Som gjennomgangen av analysearbeidet viser, så har jeg fulgt anbefalte analysetrinn i en innholdsanalyse. For å sikre at reduseringen av datamaterialet ikke skulle medføre endringer av innholdet i meningen/erfaringen beveget jeg meg gjentatte ganger mellom lydopptakene, transkripsjonene og matrisen i analysearbeidet (Jacobsen 2005).

5.0. Presentasjon av resultatene.

5.1. Observasjonene og intervjuene.

Jeg vil presentere funnene fra observasjonene og intervjuene samlet og strukturere framstillingen etter forskningsspørsmålene. Jeg velger å bruke mange sitater for å få fram respondentenes stemme og på den måten gjøre framstillingen mer levende.

5.1.1. Hvordan er arbeidsprosessen i fagmøtene?

Hensikten med fagmøtene er at teamet skal samles for å dele og sammenfatte

yrkesgruppenes funksjonsvurderinger, datasamling, analyse av den sammenfattede funksjonsvurderingen, formulere rehabiliteringstiltak og delmål.

De seks fagmøtene jeg observerte ble i svært liten grad gjennomført i tråd med hensikten. Et overraskende funn var at alle seks møtene var preget av en asymmetri mellom terapeutene og avdelingspersonalet; avdelingspersonalet var passive i en mottakerrolle for informasjon og rapport om funksjonsvurderinger og data fra terapeutene.

Avdelingspersonalet inntok møtene med blokk og blyant og noterte data som ble gitt fra terapeutene. Data som ble gitt fra avdelingspersonalet bar mer preg av å supplere terapeutene med utdypende spørsmål. Terapeutene stilte også i en viss grad spørsmål for å bekrefte egne data eller for å høre hvordan tiltak de hadde iverksatt i avdelingen fungerte. Avdelingspersonalet var spørrende og noterte, mens terapeutene i svært liten grad tok notater. Ingen av møtene hadde redegjørelse av hvert teammedlems datasamling.

Funksjonsvurderingene som ble gitt under møtene inneholdt informasjon om tiltak og mål som allerede var formulert og iverksatt. Funksjonsvurderingene som ble redegjort for var i liten grad gjenstand for dialog mellom teammedlemmene for å finne tverrfaglige rehabiliteringstiltak og delmål. I et møte var det dialog mellom avdelingspersonalet og terapeutene omkring armfunksjonen i en forflytningssituasjon. Begge yrkesgruppene gav sine observasjoner av armfunksjonen og dialogen resulterte i noe som jeg observerte som en ny forståelse, og tiltak og mål ble endret.

Gjennomføringen av fagmøtene er også tema i intervjuene. En respondent svarer på spørsmål om hvordan han synes innholdet i fagmøtene er:

”Det som forundrer meg er at vi har klare retningslinjer for møtene her på avdelingen. I forhold til hvordan møtene skal være. Da tenker jeg spesielt på målsetninger. Vi har vært på utallige kurs og lært om viktigheten av målsetningsarbeid. Men, vi klarer altså fortsatt ikke å jobbe med målsetninger sammen. Det er vanskelig for oss! Vi sitter liksom på hver vår tue!

Respondenten snakker om at mangelfullt tiltaks- og målarbeid i fagmøtene kan påvirke en pasients framgang ved at det blir feil intensitet i rehabiliteringsprosessen.

En annen respondent opplever møtene på denne måten:

”Det kan nok være at vi kunnet jobbe mer med målsetninger sammen. Ofte føler jeg at vi kommer med hver våre ferdig formulerte mål til møtene; at hver profesjon allerede har utarbeidet mål hver for seg. Vi kommer liksom med våre egne mål, og så blir det liksom de felles målene. Det er litt på samme måten med tiltakene, egentlig. Vi tenker rett og slett ikke sammen under møtene. Det gjør at vi mister muligheten til vidsyn og i å se annerledes på problemstillinger på grunn av feil fokus under møtene”.

Tre av respondentene tar opp at det er problematisk at det er for lite fokus på felles målsetningsarbeid under fagmøtene. Alle tre setter vanskelighetene i sammenheng med at personalgruppa har ulik kunnskap og holdning til hva rehabilitering og tverrfaglig samarbeid er. En av respondentene påpeker at personalgruppa mangler en grunnvisjon og samles om i forhold til tverrfaglig samarbeid og rehabilitering.

5.1.2. Hvordan kommer brukerperspektivet og helhetsperspektivet til uttrykk under fagmøtene?

Møter i fagteam er en arena for profesjonell dialog. Det innebærer at pasienten ikke er til stede under møtene. Gjennomføring av møter uten at pasienten er til stede stiller krav til at datagrunnlaget som er samlet forut for møtet består av brukerens perspektiver og mål. Målsamtalen som skal gjennomføres har til hensikt å gi informasjon om rehabiliteringstilbudet for å styrke grunnlaget for brukermedvirking, og å få informasjon om pasientens perspektiver og mål.

I et møte som jeg observerte, var det fokus på pasienten mål om å bo hjemme igjen, og hva som måtte til for at det skulle være mulig å bo hjemme. Pasienten det dreide seg om var i liten grad affisert av hjerneslaget og det var realistisk å reise hjem før den stipulerte tiden. Pasientens mål og perspektiver var i fokus under hele møtet. I de fem andre møtene kom brukerperspektivet i liten grad eksplisitt fram; pasientens mål ble ikke uttrykt. I et møte ble pasientens hovedmål uttrykt innledningsvis, men fokus videre i møtet sto ikke i forhold til målet. En mulighet er at brukerens perspektiv og mål er en del av vurderingene som gjøres rede for uten at det uttrykkes.

En av terapeutene sier at brukerperspektivet bør være mer framme i dialogen under møtene i fagteamene. Terapeuten gir uttrykk for at det lett oppstår uenigheter i teamet omkring målsetningsarbeid og at det blir stridigheter mellom fagene på grunn av uenighetene. Terapeuten framhever mål- og tiltaksarbeid sammen med brukeren i den praktiske utøvelsen som ideell, og gir inntrykk av at det er vanskelig å sette tiltak og delmål uten at pasienten er tilstede under fagmøtene.

En respondent sier at vektleggingen av fysisk funksjonsnivå og egen profesjons utøvelse er et problem for brukerrettet tverrfaglig samarbeid:

Det er merkelig at det aldri blir sagt. Ergo jobber med sine ting. Logoped og fysio med sine ting. Mens vi jobber mer med helheten. Vi ser alt rundt, ikke minst det sosiale. Og det gjelder alle yrkesgrupper; dem er veldig i sitt på en måte. Selv om hovedmålet til pasienten kanskje er noe som ikke innebærer fysisk aktivitet i det hele tatt, så klarer vi ikke helt å legge det til side, og tenke litt sånn; kanskje det er logopeden som er viktigst å fokusere på nå? Og hvordan skal vi tverrfaglig nå et mål som har med logopeden å gjøre? At hovedfokuset må være på disse målene i utøvelsen hos alle andre i teamet, også, ikke bare hos logopeden. Det må være hovedfokuset. Men, vi klarer ikke det altså; å slippe opp for hverandre. Jeg er viktigst! Ja! Og det gjør at fokuset i rehabiliteringsprosessen blir feil. Det er trist. Pasienten blir faktisk glemt. Vi snakker veldig sjeldent om hvor er pasienten nå. Jeg tenker på alle kartleggingene våre også. Testene våre. Mange ganger gjør vi tester som vi aldri får brukt til noe. I praksis. Hva betyr testene? For pasienten? Hva betyr det i dagliglivet til pasienten? Det er jo pasienten som skal være i fokus. Hvorfor gjennomføres tester? Hva skal vi oppnå?

Hovedfokus i møtene jeg observerte var på redegjørelse av fysisk funksjonsevne fra terapeutene. Redegjørelsen var grundig og detaljert i alle møtene. I fire av møtene var det ikke fokus på sosial eller psykisk funksjonsevne i det hele tatt. I de to andre møtene derimot var det et helhetlig fokus; det vil si på både pasientens fysiske, psykiske og sosiale funksjonsevne. Helheten ble derimot ikke fullstendig siden ikke alle yrkesgruppens fagperspektiver deltok i å gi data.

5.1.3. Hvilke faktorer påvirker samarbeidet i fagteamene?

Jeg har valgt å samle variablene jeg har identifisert som påvirker samarbeidet i følgende underkategorier; makt, gjensidig avhengighet, altruisme, organisering og koordinering av tjenesten. Benevnelsen av kategoriene har sammenheng med teoritilfang og vil brukes som ramme i diskusjonen.

En side ved samarbeidet som alle fire respondentene snakker om er yrkesgruppens ansvarsområder. Alle respondentene kommer indirekte og direkte inn på at det er en sterk domenetenkning blant yrkesgruppene. To av respondentene er inne på at de tror at domenetenkningen har sammenheng med en holdning til at hvis kunnskap deles så kan det innebære tap av ansvarsområder og posisjon.

En av respondentene beskriver en utrygghet i samarbeidet ved at han føler at det er fort gjort å trå feil fordi ansvarsområdene ikke alltid er tydelige. Respondenten kommer med eksempel på tradisjonelle sykepleiefaglige oppgaver, slik som kateter og liggesår hos en pasient, vil kunne profitere på tverrfaglig samarbeid. Respondenten har opplevd at observasjoner han har gitt i forhold til tradisjonelle sykepleiefaglige oppgaver er blitt sett på som unødvendig innblanding i sykepleiernes oppgaver.

En respondent beskriver en usikkerhet betinget i uklarheten omkring ansvarsområder, og uttrykker spontant:

”Det er viktig å trå varsomt! Fort gjort å gå for langt”!

Den samme respondenten hevder at det er helt nødvendig å ha klare skiller mellom yrkesgruppene og at en skal være veldig varsom med å gå over i andres domener. Vedkommende fremhever flerfaglighet som en god samarbeidsform, og at det ikke er avgjørende for rehabiliteringsresultatet om samarbeidet er av tverrfaglig eller flerfaglig art. Respondenten viser til en dansk studie som sier at tverrfaglig samarbeid kan forvirre pasientene og at pasientene ofte ønsker klare skiller mellom yrkesgruppene.

Yrkesgruppene i fagteamet som jeg foretok dybdeintervjuer med hadde nylig avsluttet en rehabiliteringsprosess rundt en eldre pasient som var rammet av hjerneslag. Pasienten hadde omfattende utfall etter hjerneslaget som påvirket både den fysiske, psykiske og

sosiale funksjonsevnen. De sammensatte problemstillingene rundt pasienten innebar at alle yrkesgruppene hadde mange arbeidsoppgaver og stort ansvar rundt pasienten. I løpet av prosessen oppsto det en konflikt i fagteamet som var relatert til ansvarsområder. Konflikten ble nevnt i større og mindre grad under alle intervjuene. En respondent nevnte konflikten som noe som hadde gjort noe med meg, men ønsket ikke å si noe mer om det så lenge mikrofonen var på. Jeg velger ikke å ha med det respondenten sa etter at mikrofonen ble slått av.

I intervjuene kommer det tydelig fram at tverrfaglig samarbeid er et vanskelig felt å bevege seg i, og som kan gi sårede følelser. Hos tre av respondentene kommer det til uttrykk en opplevelse av at deres kunnskap ikke anerkjennes i samarbeidet. Hierarkisk posisjon blant yrkesgruppene berører alle respondentene på ulike måter. En av terapeutene peker på at det er dårlig personalpolitikk at beslutninger bare praktes på utøverne. Respondenten peker på at det er viktig ”å dra med dem der nede”, i utviklings- og beslutningsprosesser. Jeg spør hva respondenten mener med dem der nede. Han forklarer det med hierarkiet i teamene med pleierne som ”der nede” i hierarkiet. Respondenten understreker viktigheten av at alle bør telle likt i forhold til beslutninger, men at det nok er en lang vei å gå for å komme dit.

En av respondentene fra avdelingspersonalet beskriver opplevelsen av maktbalansen slik:

Maktbalansen er ikke jevn, dessverre. Vi er ikke likeverdige partnere! Det er veldig forskjell på den maktbalansen. Men den er personavhengig, den også. Noen ganger så føler du at du er en likeverdig samarbeidspartner og at alle samarbeider til det beste for pasienten. Andre ganger så føler du at det er noen som sitter høyere på sin pdestall og liksom; vi som skal fortelle dere hva dere skal gjøre. Og dere bare gjør det! At samarbeidet går på å gi instruksjer.

Den andre respondenten fra avdelingspersonalet har noe av den samme opplevelsen:

”Det kom opp spørsmål om et liggesår hos pasienten og hva avdelingen måtte gjøre i forhold til det. Akkurat som om vi er helt grønne og ikke kan noe her! Jeg tror sånt har mye med holdninger å gjøre!”.

En annen respondent uttaler spontant og noe oppgitt hvordan hans vurderinger ikke ble anerkjent:

”Vi dobbeltjobber her! Vi kunne spart masse, masse tid, og hatt ressurser til å jobbe med mange flere pasienter, og til og jobbet mer med hver enkelt pasient. Fått en mer intensiv rehabilitering, rett og slett! Hvis vi bare kunne fordelt ansvaret mer og sluppet opp litt, og hatt tillit til det andre gjør”.

Respondenten kommer med et konkret eksempel på at en kollega hadde uttrykt at han ikke ønsket å lese andre yrkesgruppers dokumenterte funksjonsvurderinger; kollegaen ville gjøre sine egne vurderinger uten å bli påvirket av andre. Respondenten sier at dobbelt jobbing er vanlig mellom teammedlemmene. Den samme respondenten gir uttrykk for en opplevelse av at avdelingspersonalet ikke er anerkjent som rehabiliteringsutøvere.

”Jeg føler meg som en sånn service person noen ganger. Jeg skal passe på at ting fungerer og at ting blir gjort. Tar imot informasjon og skriver den ned. En slags sekretær og koordinator. Jeg føler meg ikke som en likeverdig partner i rehabiliteringen. Jeg skal liksom bistå for å samordne tjenestene. Dem gjør den viktige jobben! Også skal jeg samordne tjenesten ut. Jeg føler at hvis jeg inntar min rolle, liksom, som koordinator og sekretær så er det veldig greit i samarbeidet, og er litt stille og ikke sier så mye, så er det greit. Men, hvis jeg går litt utover det som å henvise til data eller opplysninger jeg har samlet, så er det på en måte ikke anerkjent! ”

En annen respondent har noe av den samme opplevelsen og beskriver på den andre siden at han føler seg satt på sidelinjen som terapeut og at han ikke får delta i avdelingens arbeid i den grad han ønsker og at han kommer hit men ikke lenger i avdelingen:

”På meg så kan det virke som at det er en holdning til at terapeutene server avdelingen med tjenester og at sykepleierne på en måte har lederfunksjonen og som har den overordnede oversikten og koordinerer. Det er sånn jeg ser det i forhold til roller. Hvis jeg skulle ønsket, så hadde vi vært en del av avdelingen, og at vi ikke bare er en del på siden som bare kommer og gir tjenester”.

Den samme respondenten beskriver også at lojalitet mellom terapeutene er en uskreven

norm i miljøet og at det er viktig at terapeutene står sammen for ikke å splitte terapeutgruppa:

”Kommunikasjon og handling er preget av ”terapeutene mot pleierne” for å holde sammen. Det tror jeg ikke akkurat fremmer det tverrfaglige samarbeidet”.

En annen respondent fra avdelingspersonalet forteller at terapeutene har egne møter angående pasienter nede som avdelingspersonalet ikke deltar på. Dessuten at terapeutene sjeldent tar initiativ til å innkalle til møter i fagteam.

En av respondentene gir uttrykk for at det i personalgruppa er mer fokus på egen profesjon og faglighet enn på teamsamarbeidet. Den samme respondenten har også en opplevelse av at pasienten også blir satt til side i kampen for egen posisjon.

”Noen ganger er det liksom viktigere å få fram vår posisjon og vår faglighet. Vi glemmer på en måte pasienten og snakker sjeldent om hvor pasienten er nå”.

I alle møtene jeg observerte var det utstrakt bruk av fagspesifikke uttrykk som ikke alle forsto, og det ble brukt mye tid på å forklare uttrykkene. Et møte jeg observerte var dominert av at andres vurdering ble korrigert og at en problemstilling som ble luftet ble stoppet. Begrunnelsen var at problemstillingen ikke var nødvendig å snakke om i fagteamet. En respondent hadde en opplevelse av problemstillinger som ikke var opplevd selv ikke alltid ble anerkjent i teamet. En respondent fra avdelingspersonalet hadde en sterk opplevelse av at terapeutene ikke alltid var interessert i avdelingsvise problemstillinger fordi det var utenfor deres ansvarsområder.

I intervjuene stilte jeg spørsmål om hvorfor møtene i fagteam etter deres mening var viktig i teamsamarbeidet. En av terapeutene sa at møtene var viktig for å kunne høre andres perspektiver og trekke lærdom av det de andre i teamet jobbet med i sin egen utøvelse. En annen terapeut sa at møtene var en viktig arena for informasjonsutveksling og en arena hvor han kunne gi sin informasjon. En fra avdelingspersonalet sa at samarbeidet var viktig for at hans egen yrkesutøvelse skulle bli bedre:

...”så kan jeg spørre de andre i teamet, konkret, hva kan jeg gjøre for å hjelpe pasienten

med å nå sin målsetning? Her i avdelingen?”

For å sjekke om jeg forstår respondenten stiller jeg et oppklarings spørsmål:

”Sier du nå at du etterspør de andres kompetanse? For at du skal gjøre en bedre jobb selv”?

Ja! Jeg må alltid gjøre det!

Da jeg vender om på spørsmålsstillingen blir respondenten tilsynelatende svært overrasket over innsikten svaret ga.

Opplever du at andre etterspør din kompetanse på samme måte? For å gjøre en bedre jobb selv?

Det... nei, aldri! Nei vent nå... det må vel ha skjedd. Det har sikkert skjedd, men jeg husker det bare ikke. Det var faktisk et skremmende spørsmål, June, at jeg faktisk ikke har tenkt over det selv, heller. Jeg prøver å tenke; har noen, noen gang spurt meg? Det kan være om medisinske ting som jeg skal videreformidle til legen. Men, aldri for at dem skal endre eller styrke sin egen utøvelse. Det mest skremmende er at jeg faktisk ikke har tenkt over det selv!

I møtene som jeg observerte, var det påfallende at hjelpepleieren hadde så liten grad av deltakelse under møtene. Hjelpepleieren er den av yrkesgruppene som jobber nærmest pasienten. Ved to anledninger satt hjelpepleieren utenfor fellesskapet ved døren fordi vedkommende samtidig måtte følge med ute i avdelingen for å ta klokke. En av respondentene påpeker at dårlig tid og mange andre oppgaver til tider gjør det vanskelig å delta på møtene. Dessuten at møtene ofte trekker ut over oppsatt tid:

”Dem ser kanskje ikke, fysioterapeutene og ergoterapeutene, hvor mye vi har å gjøre her i avdelingen. Vi har ikke bare den ene pasienten! Vi har mange flere oppgaver!”.

Jeg opplevde at arbeidsro og muligheten til å sitte henvendt til hverandre spilte en rolle i gjennomføringen av møtene. Et møte utmerket seg ved at det var ro rundt møtet. Alle

kom tidsnok og satt henvendt til hverandre. Sykepleieren inntok en tydelig ledelse av møtet og styrte ordet. De fleste andre møtene var preget av manglende ledelse og uro. Ved møtene kom flere for seint. Forsinkelsene medførte at informasjon som allerede var blitt gitt måtte bli gjentatt.

Jeg spurte alle respondentene hva de tenkte du rundt organisering av rehabiliteringsavdelingen og avdelingspersonalet. En av terapeutene sier at organiseringen av rehabiliteringsutøvelsen i ulike etasjer er ideelt. Delingen gir en tydelighet ut til pasientene på hvilken yrkesgruppe som gjør hva. Dessuten at det gir yrkesgruppene ro til å jobbe med hver sine atskilte temaer. En annen respondent fra terapeutene opplever at organiseringen over to etasjer setter han på sidelinjen i samarbeidet ved at han er en samarbeidspartner utenifra som server avdelingen med tjenester. Respondenten er også kritisk til organiseringen av personalgruppa i avdelingen i ulike etater i kommunen, og mener det er meget uheldig at ikke alle har samme leder. Han peker på at personalgruppa ikke har noe fellesskap for verken å ta en kopp kaffe sammen eller for å ha dialoger om faglig spørsmål og uenigheter. Respondenten mener at en felles leder ville virket samlende og at konflikter i større grad ville blitt synlige og gjenstand for dialog. Respondenten peker på at organiseringen av personalgruppa i ulike etater påvirker samhandlingen mellom teammedlemmene.

”Organiseringen synes ikke jeg henger sammen. En ser ikke helheten. Jeg ser på dag avdelingen som en enhet og så ser jeg på fysio og ergo som en enhet, med to forskjellige ledere. Fysio har en leder og ergo har en leder. Dem på avdelingen er en enhet. Hvis jeg skulle sett for meg drømmesituasjonene, da, så ville jeg helst sett at vi var samlet. At vi hadde hatt en leder på toppen som var leder for rehabiliteringsavdelingen og at det i avdelingen var de faggruppene som man trengte. Synes jeg”.

Den andre terapeuten peker på problemer med at etatsorganiseringen medfører at kommunikasjon og beslutninger i for stor grad skjer på ledernivåer uavhengig av grasrota.

”Og så er det med å gjemme seg bak en leder! Man kan ikke gå til leder med alt og lederen må ikke alltid bare kommunisere på ledernivå. Det blir aldri noen god tone. Hvis man alltid skal få ting tredd ned over seg. Og man føler at man ikke er med i

avgjørelsen”

En av respondentene fra avdelingspersonalet tror at personalet hadde blitt mer knytta til hverandre hvis alle jobbet sammen på en plass her i avdelingen.

”Rehabilitering for oss er 24 timer i døgnet. Terapeutene tenker kanskje at rehabilitering bare skjer på dagtid? At vi har forskjellig ståsted i forhold til rehabilitering? Kanskje fysio og ergo burde jobbet litt i turnus for at vi skal bli kjent med hverandres ståsted. Terapeutene tenker kanskje at vi er her på dagtid og det er rehabilitering. Det er lett å glemme at pasienten også er her på kvelder og helger. Kanskje de ville sett problemstillinger tydeligere hvis de var her om kvelden. Kvelder og helger innebærer masse tid. Terapeutene burde vært her også på kvelder og helger”.

Den andre respondenten fra avdelingen mener at lokalitetene ikke spiller en avgjørende betydning for det tverrfaglige samarbeid.

”Akkurat det er det snakket veldig mye om. Men, det er ikke der problemet ligger. Ærlig talt! Det er bare å gå en trapp opp!”

Til tross for at det kom fram mange problemstillinger i samarbeidet i teamene opplevde jeg at alle fire respondentene så på rehabiliteringstilbudet i avdelingen som faglig sterkt. Sterkt betinget i at bredden i faglig kompetanse i utgangspunktet er et godt tilbud. En av terapeutene avslutter intervjuet med følgende ord;

”Avdelingen er et enormt kompetansehus, egentlig. Det er egentlig helt utrolig”!

Alle fire respondentene var inne på at møtene var en viktig arena for å få oversikt over og informasjon om hva de andre i teamet jobbet med for bedre å koordinere rehabiliteringsprosessen. En av respondentene fra avdelingspersonalet sa mot slutten av intervjuet;

”uff, så negativ jeg har vært nå! Men jeg har også opplevd å få det til; at vi faktisk har åpnet opp for hverandre. Engang så satt vi faktisk et helt team sammen og løste hvordan pasienten kunne bli selvstendig i forhold til medisinerings etter utskrivelse, på en forsvarlig måte. Det var en gøy opplevelse!. Fysio og ergo var kjempeengasjert. Der

knakk vi en kode!

Jeg spurte respondenten om han har tenkt over hva det kom av at samarbeidet fungerte så godt rundt den pasienten. Respondenten sa at pasienten selv nok hadde mye av æren, fordi pasienten var en raus og omgjengelig mann. Et annet element respondenten trakk fram var at teamet jobbet mer sammen i praksis rundt denne pasienten.

6.0. Diskusjonen.

6.1. Maktstrukturer som påvirker samarbeidet.

Funnene fra undersøkelsen er eksempler på den diskursive praksisen i rehabiliteringen i avdelingen. Variablene gjensidig avhengighet, altruisme, makt og organisering er kategorier over mønster jeg har identifisert i funnene. Variablene kan stå som eksempler på udiskuterte, underliggende forutsetninger for maktrelasjonene. Samtidig er funnene uttrykk for de disiplinerende anordningene i rehabiliteringsfeltet (Foucault 1995). Analysen vil vise til at disiplineringen kanskje er selve kjernen i produksjonen av hemmende faktorer for tverrfaglig samarbeid i fagteamene.

Et hovedmønster som jeg har identifisert i empirien, er at møtene er dominert av å være arena for datautveksling mellom yrkesgruppene. Data er i liten grad gjenstand for analyse mellom yrkesgruppene for formulering av delmål og rehabiliteringstiltak. I størst grad er det terapeutene som gir sin datasamling og tiltak til avdelingspersonalet.

Avdelingspersonalet gir i overraskende liten grad redegjørelse for sin datasamling og tiltak. Asymmetrien medfører at kommunikasjonen i møtene er preget av monolog for kunnskaps- og informasjonsoverlevering og delegering av tiltak fra terapeutene. Videre i analysen bruker jeg informasjon som en samlebetegnelse for datasamling og tiltak.

Før jeg går videre i analysen vil jeg gi et sammendrag av sentrale funn fra intervjuene. Respondentene ga tydelig uttrykk for å ha forskjellige perspektiv i forhold til hensikten med å delta i fagteam. I korte trekk kan dette sammenfattes slik at hensikten oppleves som:

- å gi informasjon

- sikre informasjonsflyt
- informasjonsutveksling mellom profesjonene
- å etterspørre andre profesjoners kompetanse for å heve kvaliteten på eget arbeid
- fungere som sekretær og/eller koordinator uten selvstendig faglig påvirkning

Funnene stemmer godt overens med det mønstret jeg mener å ha avdekket gjennom observasjonene; fagmøtene fungerer hovedsakelig som arena for informasjonsutveksling.

Respondentene er også tydelig delt i hvordan de opplever gjennomføringen av møtene;

- Problematisk og et hinder for samarbeid fordi vidsynet forsvinner
- Teamet tenker ikke sammen
- Rollen som informasjonsformidler virker hemmende for samarbeidet i teamet
- Rollen som informasjonsformidler/instruktør er tilfredsstillende og helt etter intensjonen med møtene

Flere respondenter har en felles opplevelse av ubalanse i samarbeidet i møtene. Tre av fire opplever denne ubalansen i form av faglig dominans. Det er flere eksempler på at faglige vurderinger og kompetanse ikke er etterspurt eller er direkte uønsket.

Respondentene opplever:

- Ikke anerkjennelse som selvstendige, fullverdige rehabiliteringsutøvere
- Å holdes utenfor, spesielt i forhold til fagspesifikke domener
- Konflikt i forhold til å gi egne vurderinger som kan knyttes til andre profesjoners fagfelt
- Mangel på toleranse i forhold til egne rehabiliteringsfaglige vurderinger og problemstillinger med bakgrunn i opplevelsen av å ikke være anerkjent faglig.

Det er i hovedsak avdelingspersonalet som opplever manglende faglig anerkjennelse. Avdelingspersonalet opplever også i sterkest grad å bli instruert. Opplevelsen av faglig dominans er jevnere fordelt. Noen hevder avdelingspersonalet hegner om sine ansvarsområder. Terapeutene holdes utenfor. Respondenter fra avdelingspersonalet opplever på sin side at terapeuter også instruerer i forhold til sine domener, kanskje nettopp fordi fagligheten ikke anerkjennes. Samtlige respondenter opplever dermed

ubalanser og en felles usikkerhet. Respondentene gir dessuten uttrykk for en konfliktfare knyttet til hvordan samarbeidet arter seg i teamet.

6.1.1. Anerkjennelse av gjensidig avhengighet og altruisme

Gray (1989) sier at en grunnleggende forutsetning som må være til stede for å lykkes med tverrfaglig samarbeid, er at alle involverte fag deltar på lik linje med sine faglige perspektiver. Oppnåelsen av gjensidig avhengighet i samarbeidet forutsetter at samarbeidet skal være demokratisk, inkluderende og fritt for hierarkier. I møtene som jeg observerte, så jeg en ubalanse blant yrkesgruppene i forhold til anerkjennelsen av gjensidig avhengighet. Med anerkjennelse av gjensidig avhengighet i teamsamarbeidet, så mener jeg at yrkesgruppene anerkjenner å ha behov for hverandres kunnskap. Jeg tolker avdelingspersonalets væremåte under møtene som en anerkjennelse av avhengighet til terapeutens kunnskap i fagteamet. Avdelingspersonalet skriver ned informasjon som blir gitt, og stiller spørsmål for å utdype informasjonen. Anerkjennelsen er derimot ikke gjensidig siden avdelingspersonalet i liten grad bidrar med sitt informasjonsgrunnlag til terapeutene.

Terapeutene anerkjenner altså at avdelingspersonalet er avhengige av deres informasjon. Terapeutene etterspør derimot ikke avdelingspersonalets informasjon. Gjensidigheten er dermed ikke til stede hva behov for fellesgjøring av informasjon angår noe som igjen kan bety at anerkjennelsen er ensidig. Det ser også ut til at denne ensidige informasjons- og instruksjonsstrømmen oppfattes som en selvfølgelig måte å gjennomføre fagmøtene på både fra terapeutenes og fra avdelingspersonalets side.

Gray (1989) beskriver at en fallgrube som er lett å gå i et samarbeid er at tverrfaglige møter reduseres til å være arenaer for informasjonsutveksling. Å lykkes med data- og implementeringsfasen (Abbott 1988) i samarbeidet avhenger av om teammedlemmene har analysert seg fram til beslutninger og ikke bare har utvekslet informasjon. Samarbeidsformen som jeg observerte i møtene kan sammenlignes med definisjonen av flerfaglig samarbeid (Willumsen 2009). De ulike faglige perspektivene og arbeidsprosesser er atskilte. Samarbeidet er preget av at en yrkesgruppe instruerer en annen. Clarke (2010) viser til tilsvarende funn i teamsamarbeid i en slagenhet i England. Samarbeidet er i hovedsak basert på at terapeuter gir sykepleierne instruksjoner. I

tverrfaglige møter var det fokus på videreføring av instruksjoner til sykepleierne framfor å komme fram til felles løsninger og felles planlegging av rehabiliteringen.

Gray (1989) sier at tverrfaglig samarbeid må oppleves meningsfullt for å lykkes med å oppnå anerkjennelse av gjensidig avhengighet. Det forstår jeg som at yrkesgruppene må ha en opplevelse av at samarbeidet gir kunnskap og informasjon som fagutøveren trenger for å kunne utføre oppgaver innenfor sine ansvarsområder.

En faktor som kan påvirke opplevelsen av mening negativt i samarbeidet, kan være at teammedlemmene ikke arbeider sammen i den praktiske rehabiliteringsutøvelsen.

Terapeutene utøver rehabiliteringen i særskilte timer i egne saler som ligger en etasje under rehabiliteringsavdelingen. Terapeutene samler data om pasienten i en begrenset tid av døgnet og uken. Fysioterapeutene jobber med pasientene i benk, slynger, gangbaner og har fokus på å øke muskelstyrke, kroppslig stabilitet og styrking av forflytnings- og gangfunksjonen. Ergoterapeutene kartlegger og iverksetter tiltak i forhold til ADL-funksjon og kognitiv vurderinger/trening og har ansvaret for tilrettelegging av tekniske hjelpemidler. Logopeden har eget kontor for samtaler med pasientene og arbeider med språk, svelgfunksjon og kognitiv /kartlegging/trening. Terapeutene arbeider kun i avdelingen når det er behov for instruering av avdelingspersonalet, og når det er pasienter som ikke klarer å stå opp av sengen. Ergoterapeutene gjennomfører av og til morgenstell av pasienter for å kartlegge i forhold til funksjonsnivå i utførelse av hygiene.

Avdelingspersonalet utøver rehabilitering i rehabiliteringsavdelingen og har ansvaret for å samle data om pasientens funksjonsnivå gjennom hele døgnet. Avdelingspersonalet arbeider etter et oppgaverelatert rehabiliteringsperspektiv. Oppgaverelatert rehabilitering innebærer rehabiliteringstiltak integrert i naturlige oppgaver i løpet av hele døgnet (Bredland, Linge, Vik 2011, Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag 2010).

Fraværet av samarbeid sammen i praksis kan innebære at terapeutene i begrenset grad opplever avhengighet av avdelingspersonalet kunnskap for å utøve rehabilitering i timene i salene. Avdelingspersonalet er i større grad avhengig av informasjon fra terapeutene for å kunne utøve oppgaverelatert rehabilitering i avdelingen. Dessuten har avdelingspersonalet som oppgave å integrere alle rehabiliteringstiltak i sin utøvelse for å sikre rett intensitet i rehabiliteringsprosessen. Timerehabiliteringen hos terapeutene har ikke tilstrekkelig intensitet for tiltak i en rehabiliteringsprosess (Bredland, Vinge, Vik

2011).

Clarke (2010) viser til nytten av direkte pasientrettet samarbeid for å styrke dialogen og dermed kunnskaps- og informasjonsutvekslingen mellom yrkesgruppene i teamet. Å arbeide sammen i praksis vil i større grad føre til gjensidig anerkjennelse av samarbeidspartners kompetanse og erfaringer. Clarke sier at organiseringen av teamsamarbeid redusert til faste møter og felles dokumentasjon er en reduksjonistisk og instrumentell tilnærming som ikke er tilstrekkelig for å lykkes med samarbeidet. Clarke går dermed lenger enn den tradisjonelle instrumentelle organiseringen av samarbeid og sier at samarbeid i praksis også er nødvendig. Blant annet for å styrke gjensidigheten i relasjonen, overkomme problemer med revirtenkning og dårlig kommunikasjon mellom yrkesgruppene. I tillegg vil prosedyrer og regler være nødvendig for å lykkes med samarbeidet i møter. Gray (1989) peker på at prosedyrer og rammer er av avgjørende betydning for å lykkes med de ulike fasene i samarbeidet.

For å finne gode løsninger er kjernen i tverrfaglig samarbeid å dele og utforske faglig perspektiver (Hansen og Fugletveit 2010, Gray 1989). I møter hvor det er fokus på verbal formidling vil det naturlig nok være den eksplisitte kunnskapen som dominerer. Empirien viser at samarbeidet under fagmøtene har hovedvekt på kunnskapsformidling om fysisk funksjonsevne og mobilitet. Den eksplisitte kunnskapen dominerer og påvirker opplevelsen av gjensidig avhengighet. Praktisk samarbeid ville kunne bidra til at den tause kunnskapen tydeliggjøres i samarbeidet; dessuten at yrkesgruppens yrkesrelevante praktiske ferdigheter blir kjent i teamet.

Den tause kunnskapsdimensjonen innebærer at vi vet mer enn vi kan si (Polanyi 1966). Den eksplisitte kunnskapen er lett å artikulere og lar seg lettere omsette i det tverrfaglige samarbeidet i møtene (Nygren 2004). Den eksplisitte kunnskapen kan reguleres og uttrykkes i ferdigheter og prosedyrer; kunnskap om gangtrening, forflytning, leiring i seng, svelgtrening (Wacherhausen 1999). Forholdet mellom den tause og den eksplisitte kunnskapen i teamene kan være at avdelingspersonalet tar til seg og forstår i stor grad terapeutenes eksplisitte språk, mens terapeutene ikke forstår avdelingspersonalets språk fordi den er vanskeligere å artikulere og sette ord på. Kanskje avdelingspersonalet kunnskap i møtene ikke etterspørres fordi kunnskapen først forstås gjennom deltagelse i praksis fordi den tause kunnskapen er mer praksis (Polanyi 1966, Wacherhausen 1999)?

Samarbeid i praksis vil tydeliggjøre de ulike kunnskapsformene. Ved at de ulike kunnskapsformene i større grad anerkjennes og etterspørres, vil gjensidigheten bli mer balansert.

Sentralt i erfaringsbasert læring er å artikulere den tause og erfaringsbaserte kunnskapen. Kollektiv handlingsrefleksjon og veiledning i tverrfaglige team er suksessfaktorer for å lære i praksis og for lykkes med tverrfaglig samarbeid (Kvärnström 2009, Olesen 2009, Kolb 1984). Refleksjon over erfaringer vil kunne medføre at erfaringen begrepsfestes og ordfestes. Refleksjonen vil kunne gi ny kunnskap og bidra til endring/styrking av samarbeidet ved at erfaringen gjøres eksplisitt i teamet. Funnene indikerer at samarbeidet er preget av en ubalanse mellom den eksplisitte og tause kunnskap. Veiledning og refleksjon ville kunne bidra til å redusere ubalansen i kunnskapsformidlingen og på den måten styrke anerkjennelse av gjensidig avhengighet. Hensikten med veiledning er å utvikle den praktiske yrkesteorien gjennom refleksjon og gi den som blir veiledet en yrkesfaglig bevissthet og profesjonell identitet (Sandell 2004). En kollektiv handlingsrefleksjon vil også kunne bidra til at yrkesgruppene blir bedre kjent og lærer hverandres faglig perspektiver og ansvarsområder å kjenne; faktorer som er ansett som fremmere for anerkjennelse av gjensidig avhengighet (Rodrigues et al 2005).

To av respondentene peker på et stort problem i forhold til det tverrfaglige samarbeidet i avdelingen; mangelen på felles forståelse og ideologi i personalgruppa. Empirien viser at yrkesgruppene har ulik forståelse av tverrfaglig samarbeid. En av respondentene fremhever atskilte arbeidsprosesser hos yrkesgruppene som det ideelle, og ser sin rolle som å veilede og gi andre teammedlemmer informasjon om sitt arbeid. To av de andre respondentene framhever skulder til skulder jobbing og at tverrfaglig samarbeid innebærer å gå over i hverandres ansvarsområder. I forhold til at tverrfaglig samarbeid ikke har vært vektlagt for læring i utdanningsinstitusjoner (Wisløff utvalget 2005), er det grunn til å anta at yrkesgruppene kunnskapsgrunnlag om tverrfaglig samarbeid er mangelfullt. For å bruke meg selv som eksempel, så hadde ikke jeg kunnskap om egenskaper ved og definisjoner av tverrfaglig samarbeid før jeg begynte på studiet i tverrfaglig samarbeid.

Nygren (2004) sier at det er en sammenheng mellom yrkesrelevant kunnskap og utvikling av yrkesrelevante ferdigheter til å løse en oppgave innenfor et ansvarsområde.

Ferdigheter til å arbeide tverrfaglig i fagteamene knytter jeg til min definisjon av tverrfaglig samarbeid; ferdighet til å dele og sammenfatte data, analysere data og utforske de ulike faglige perspektivene, formulere rehabiliteringstiltak og delmål på en brukerrettet og helhetlig måte.

Ut i fra empirien kan det se ut som at ferdigheter i fagteamene i tverrfaglig arbeid ikke er i samsvar med min forståelse av tverrfaglig samarbeid i fagteamene. Alle fags perspektiver deltar ikke på lik linje. Det er mangelfull analyse av et tverrfaglig datagrunnlag, og det er begrenset utarbeidelse av delmål og rehabiliteringstiltak under møtene. Asymmetrien kan bety at yrkesgruppene ikke har kunnskap om viktigheten av at samarbeidet skal være demokratisk og fritt for hierarkier for å kunne utnytte potensialet i de ulike faglige perspektivene. Mangelfull kunnskap om forutsetninger for tverrfaglig samarbeid, kan derfor være en faktor som påvirker anerkjennelsen av gjensidig avhengighet.

Respondentene gir derimot uttrykk for mangler i samarbeidet som er i tråd med teoretisk beskrivelse av tverrfaglig samarbeid. Det kan bety at fagteamene som læringsarena har gitt en praktisk erfaringskunnskap om samarbeidet hos yrkesgruppene som er i tråd med en mer overordnet og abstrakt teori. En av respondentene påpeker at til tross for utallige kurs i avdelingen om mål- og tiltaksarbeid, så har ikke kursene bidratt til endring av praksis. Kollektiv handlingsrefleksjon og veiledning er ikke et tilbud i rehabiliteringsavdelingen. Praktiske erfaringer og kunnskap fra kurs har ikke vært gjenstand for kollektiv refleksjon for læring og for praktisk implementering i teamene.

Å arbeide i et praksisfellesskap sammensatt av ulike yrkesgrupper er spennende og krevende. Kvärnström (2008) har i en av sine studier identifisert at en vanskelig side ved det å arbeide tverrfaglig er å forene de ulike fagenes perspektiver og identiteter. Nygren (2004) sier at utvikling av yrkesrelevante identiteter i praksisfellesskap er sentralt i utviklingen av profesjonell handlingskompetanse. Nygren skiller mellom identifisering med andre yrkesgrupper og identifisering som egen yrkesgruppe. Møtene i fagteamene er arenaen der tverrfaglig identifisering med i størst grad skjer. Delingen mellom yrkesgruppene i den praktiske utøvelsen reduserer arenaer for identifisering med andre yrkesgrupper og kan bidra til å øke identifiseringen med eget yrke. Identifisering med andre yrkesgrupper medfører å bli kjent med andre yrkesgruppers perspektiver og

ansvarsområder. Å dele arbeidslokaler og å arbeide sammen i praksis ville kunne være en faktor som kan være med på å fremme identifisering mellom de ulike fagene, redusere revirtenkning og profesjonskamp mellom yrkesgruppene og fremme avhengighet mellom yrkesgruppene (Rodrigues et al 2005).

Empirien viser at det er ulike oppfatninger hos respondentene i spørsmålet om oppgavefordeling og ansvarsområder i teamet påvirker samarbeidet. Alle fire respondentene sier at det er en sterk domenetenkning mellom yrkesgruppene, og at de ulike arbeidsområdene i praksis er atskilte. Noen av respondentene opplever spørsmålet om skilte ansvarsområder og arbeidsområder som uheldig og uklart fordi tverrfaglig samarbeid i en viss grad innebærer å gå over i hverandres domener. Uklarhetene og de ulike oppfatningene beskrives som kilde til konflikter mellom yrkesgruppene. Konflikter oppstår gjerne når en utøver går over i andres ansvarsområder og kommer med vurderinger innenfor andres ansvarsområder.

Olesen (2009) sier at konflikter er et naturlig element i et tverrfaglig praksisfellesskap. Et minstekrav for å lykkes med teamsamarbeid og for å kunne håndtere konflikter er regelmessig teamveiledning. Konflikter som ikke er gjenstand for dialog kan føre til fastlåste konflikter som hemmer samarbeid. Willumsen (2009) peker på viktigheten av å avklare ansvarsområder for å gjøre samarbeidet mest mulig forutsigbart og for hindre fastlåste konflikter som hemmer samarbeidet. En avklaring av hvert enkelt fags kjernekompetanse og hva som er felleskompetanse er nødvendig både for å differensiere fagspesifikke kompetanser og for å kunne integrere de ulike faglige perspektivene for å oppnå en merviten.

En respondent fra terapeutene kritiserer domenetenkningen og sier at nærmest alt kan profitere på en tverrfaglig analyse og samarbeid. En annen respondent fra terapeutene framhever klare skiller som helt nødvendig for å unngå konflikter og for ikke å forvirre pasientene. Respondenten hevder at det er nødvendig med klare skiller mellom yrkesgruppene ansvarsområder for at ikke pasientene skal bli forvirret. Terapeuten bruker pasientens ønske om skille mellom yrkesgruppene som et argument for å skille den praktiske utøvelsen og heller ha en flerfaglig samarbeidsform. Jeg vil påstå at praktisk skilte arbeidsdomener vanskeliggjør og nedvurderer viktigheten av oppgaverelatert rehabilitering. Min erfaring er at pasienter ofte regner de direkte og

målbare treningsoppleggene som rehabilitering. I helger kan for eksempel pasienter si at i dag får jeg ikke rehabilitering fordi terapeutene ikke arbeider i helgen. Jeg ser nødvendigheten av at yrkesgruppene i større grad utøver rehabilitering sammen i de praktiske og naturlige gjøremålene i avdelingen for å styrke effekten av rehabiliteringstiltak i et oppgaverelatert perspektiv. ICF modellen tydeliggjør etter min mening viktigheten av rehabilitering i et mer oppgaverelatert perspektiv. Bruk av ICF vil også kunne være med på å tvinge fram et mer helhetlig perspektiv i rehabiliteringsfeltet. Hensikten med modellen er å ta fokuset bort fra diagnosen tenkning og fysisk funksjonsevne, til en helhetlig funksjonsbeskrivelse sett i forhold til pasientens aktivitet og deltakelse i samfunnet.

To av respondentene setter mangelen på toleranse til å gå over i hverandres domener i sammenheng med en redsel for å tape ansvarsområder og posisjon hvis kunnskap deles. Abbott (1988) har fokus på det relasjonelle mellom yrkesgrupper i arbeidsprosessen og konkurranseaspektet mellom yrkesgruppene i kampen for jurisdiksjon. Grunnlaget for konkurransen ligger i yrkesgruppens definisjon av oppgaver og ansvar og uklare ansvarsområder kan øke konkurransen unødvendig. Fraværet av samarbeid i de ulike fasene i arbeidsprosessen i møtene (Abbott 1988) kan være et uttrykk for at det er et konkurranseaspekt mellom yrkesgruppene. En av respondentene fra terapeutene peker på at det er en kultur i terapigruppa som er preget av terapeutene mot pleierne, og at terapeutene må holde sammen for ikke å bryte styrken i gruppa. At yrkesgrupper ikke arbeider sammen og deler arbeidslokaler, er faktorer som fremmer territorial tenkning (Rodrigues et al 2005). Egen erfaring fra avdelingen er at territorial tenkning også finnes hos avdelingspersonalet. Alle fire respondentene peker på at sosial omgang mellom yrkesgruppene for å bli bedre kjent ville fremmet samarbeidet og brutt ned territoriale grenser.

En annen viktig faktor for å lykkes med å finne de gode løsningene i samarbeidet er at yrkesgruppene må være innstilt på både og gi og ta i samarbeidet (Axelson og Axelson 2009). Gray (1989) sier at yrkesgruppene av og til må sette egne ønsker og posisjon til side for å komme fram til den beste løsningen, en løsning som nødvendigvis ikke er best sett ut fra egen profesjons ståsted, men best for den tverrfaglige helheten for pasienten. Altruismebegrepet er den rake motsetning til å hegne om eget revir og å kjempe om jurisdiksjon. Rent praktisk innebærer altruisme noe som vel egentlig er helt innlysende og

en selvfølghet. Å sette pasientens behov i forgrunnen og som styrende for samarbeidet. Ikke den enkelte profesjons yrkesutøvelse og posisjon. En av respondentene har en opplevelse av at fokus på egen faglighet og posisjon går på bekostning av teamsamarbeidet. Uttalelsen tolker jeg som at det er viktigere å opprettholde egen posisjon enn å utvikle teamsamarbeidet. Respondenten sier også at pasienten settes til side i kampen for egen posisjon og jurisdiksjon.

Diskusjonen så langt viser at mange faktorer kan spille inn og påvirke anerkjennelsen av gjensidig avhengighet i samarbeidet. En annen måte å forklare mangelen på anerkjennelse av gjensidig avhengighet kan være i forhold til selve forståelsen av rehabilitering, og hvordan forståelsen preger rehabiliteringsdiskursen. Diskursen er kanskje dominert av en instrumentell forståelse av rehabilitering; at rehabilitering er definert som opptrening av fysiske funksjoner. I overordnede politiske føringer er et ensidig fokus på rehabilitering som opptrening av fysisk funksjonsevne identifisert som et problem for rehabiliteringsfeltet. Diskursen er preget av mangelen på helhetstenkning og fravær av selvstendighet og mestring som mål i seg selv uavhengig av opptrening av fysisk funksjon (Stortingsmelding 21 1998-99, Stortingsmelding 47 2008-2009, Handlingsplan for re-/habiliteringsfelt 2008-2011).

Forskning viser at det er oppgaverelatert rehabilitering som til syvende og sist har betydning for resultatet av rehabiliteringen (Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag 2010, Bredland, Linge, Vik 2011). Ut i fra dagens organisering så utføres denne formen for rehabilitering i størst grad av avdelingspersonalet. Det vil si; terapeutene utøver også oppgaverelatert rehabilitering, men mer løsrevet fra dagens naturlige rytme. En diskurs preget av synet på rehabilitering i et oppgaverelater perspektiv vil også kunne rokke ved den hierarkiske strukturen i praksisfeltet. Den hierarkiske strukturen, fokuset på fysisk opptrening og den instrumentelle tenkningen er tilsynelatende rådende i diskursen i avdelingen. Samlet vil diskursen vanskeliggjøre, kanskje utelukke, gjensidig avhengighet mellom yrkesgruppene. Den rådende diskursen og organiseringen av praksis i avdelingen stiller seg da etter min mening i skarp kontrast til overordnede politiske føringer. Selve organiseringen, fordeling av ansvar, myndighet og makt er i seg selv et hinder for utvikling av gjensidig avhengighet, tverrfaglig samarbeid og den helhetlige tenkningen som er et faglig og politisk overordnede mål for rehabiliteringsfeltet.

6.1.2. Organisering av rehabiliteringstjenesten.

Organiseringen av rehabiliteringstjenesten kan sies å ha betydning for utøvelsen av rehabilitering i avdelingen. Etatsorganiseringen med flere ledernivåer med sentraliserte beslutninger og regelstyrte prosesser er identifisert som en hemmer av tverrfaglig samarbeid (Rodrigues et al 2005). Hemmende ved at yrkesutøverne har liten innflytelse på egen arbeidsplass og yrkesutøvelse. Etatsorganiseringen medfører et stort gap mellom lederne i toppsjiktet som tar beslutninger og yrkesutøverne som skal arbeide etter og implementere beslutningene (Sørensen 2000). En sentral struktur i handlingskompetanse i tverrfaglige arbeid er at teammedlemmene har kontroll over egen arbeidsprosess og har myndighet og mulighet til å implementere beslutninger (Nygren 2004). En hierarkisk beslutnings- og regelprosess kan påvirke utviklingen av strukturen i tverrfaglig handlingskompetanse og vanskeliggjøre implementering av teambeslutninger og fagkompetanse. Gray (1989) beskriver myndighet og mulighet til implementering av beslutninger som en forutsetning for å lykkes med tverrfaglig samarbeid. Gray sier videre at organisatoriske forhold må endres for å muliggjøre implementering og for å støtte opp om samarbeidet.

Et eksempel fra praksis kan nevnes for å belyse problemstillingen.

Rehabiliteringsavdelingen er bemannet etter en pleiefaktor på 0,9. Pleiefaktoren tilsier en tilnærmet lik bemanning som på langtidsavdelinger i sykehjem. Beregninger viser at rehabiliteringsavdeling bør være bemannet etter en pleiefaktor på 1,1/1,2; tilsvarende som en spesialisert sykehusavdeling. For å kunne utøve rehabilitering i fagteam etter forskrift og lovverk (Forskrift for re-/habilitering 2001) så har rehabiliteringsavdelingen hatt 70/80 % pasientdekning i plassene for å være bemannet etter riktig pleiefaktor.

Forut for oppstart av samhandlingsreformen så er det stilt kritisk søkelys fra øverste ledelse i helse- og omsorgsetaten på at avdelingen har ledige senger. 1 januar 2012 skal kommunen stå klar til å ta imot pasienter tidligere enn før, og kommunen vil få bøter på 4000 kr per døgn hvis kommunen ikke klarer å gi en plass ved melding om en utskrivningsklar pasient. En kritisk gjennomgang av alle korttidsplasser i kommunen er derfor selvfølgelig på sin plass. Som avdelingsleder argumenterer jeg for nødvendigheten av at avdelingen er bemannet etter en høyere pleiefaktor, og at bemanningen må øke for at pasientdekningen skal bli 100 %. Hvis mine faglige argumenter ikke tas til følge, og avdelingen ikke får tilført personalressurser, vil ikke fagteamene ha tid og ressurser til å

implementere beslutninger og tiltak som er nødvendig i en rehabiliteringsprosess. Kontroll og myndighet som en viktig struktur i tverrfaglig handlingskompetanse vil i så tilfelle kunne bli svekket. En faktor ved siden av økonomi som vil kunne påvirke beslutningen hos øverste ledelse, er hvorvidt kunnskap om utøvelse av rehabilitering i avdelingen er forankret hos nevnte ledelse (Nygren 2004, Martin Rodrigues et al 2005, Sørensen 2000).

Hvilken betydning organiseringen av rehabiliteringsavdelingen har for samarbeidet, er det ulik oppfatning av blant respondentene. En av terapeutene gir uttrykk for at både organiseringen av rehabiliteringsutøvelsen over to etasjer, og organiseringen av personalgruppa i to ulike etater hemmer samarbeidet. Respondenten setter organiseringen i sammenheng med problemer i forhold til at terapeutene betraktes som tjenesteytere utenfra og inn i avdelingen. Vedkommende mener at avdelingen ideelt sett burde hatt en personalgruppe som jobber sammen i avdelingen under samme leder. En organisering som ville ført til nærmere samarbeid og et felles miljø for fagutvikling og konflikthåndtering.

Den andre terapeuten sier at organiseringen av rehabiliteringsutøvelsen i ulike etasjer er ideell. Delingen gir en tydelighet ut til pasientene i forhold til hvilken yrkesgruppe som gjør hva. Terapeuten hevder at pasientene lett blir forvirret hvis yrkesgruppene arbeider sammen i praksis. Han hevder også at delingen gir yrkesgruppene ro til å jobbe med hver sine atskilte temaer og oppgaver. Respondenten gir derimot også uttrykk for at dagens organisering medfører at beslutninger i alt for stor grad tres ned over hodet på de ansatte, og at ansatte har for liten myndighet i egen arbeidshverdag. Respondenten sier at det er et problem at beslutninger som angår teamarbeid i alt for stor tas på ledernivå, og at utøverne opplever at de ikke deltar i beslutningsprosesser. Her er det tydelig en indre motsigelse i respondentens vurdering.

En fra avdelingspersonalet sier at det eneste som kan bedre samarbeidet er skulder-til-skulder jobbing og å være sammen rundt pasienten i det praktiske arbeidet. Respondenten peker på at manglende samarbeid snarere er betinget av den enkeltes vilje enn i organiseringen av avdelingen over to etasjer. Den andre respondenten fra avdelingspersonalet tror at personalet hadde blitt mer knytta til hverandre hvis alle jobbet sammen på en plass her i avdelingen. Respondenten peker på at 24-timers perspektivet

avdelingspersonalet har ikke alltid samsvarer med terapeutenes mer begrensede tid sammen med pasienten, og at organiseringen gir yrkesgruppene ulike ståsted i forhold til rehabilitering. Respondenten har en opplevelse av at problemstillinger som opptrer på kvelder og helger ikke alltid anerkjennes av terapeutene.

Den andre respondenten fra avdelingspersonalet har også et tidsperspektiv på organiseringen, og sier at det er tidkrevende å kjøre ned og hente pasienter hos terapeutene. Avdelingspersonalet har som oppgave å passe på timetidene hos terapeutene og å sørge for at de kommer fram og tilbake til timene. Organiseringen innebærer at det går mye tid med til å frakte pasienter til og fra timene hos terapeutene. En annen side ved oppgaven avdelingspersonalet har med å frakte pasientene fram og tilbake er at en av partene i et samarbeid har underordnede oppgaver knyttet til logistikk. Oppgaven faller ofte på hjelpepleieren som får ytterligere delegerte oppgaver.

Organiseringen av rehabiliteringsutøvelsen i ulike etasjer og ulike etater i kommunen kan være en udiskutert faktor som bidrar til å opprettholde instruksjonsformen i samarbeidet. Den fysiske organiseringen innbyr ikke til en skulder-til-skulder jobbing. Så lenge terapeutene ikke arbeider i turnus og i så liten grad deltar i den oppgaverelaterte rehabiliteringen i avdelingen, så kan det se ut som at instruering i samarbeidet til en viss grad er nødvendig. Instruksjon for å opprettholde 24-timers rehabilitering syv dager i uken. Derimot vil det være nødvendig at avdelingspersonalet i større grad gir informasjon fra sitt kunnskapsgrunnlag for at rehabiliteringstiltak skal være tverrfaglig utarbeidet.

6.1.3. Makt.

Hierarkisk maktstruktur og ujevn maktbalanse er hemmere av tverrfaglig samarbeid (Rodrigues et al 2005). Hovedfokus på eksplisitt kunnskap og manglende anerkjennelse av gjensidig avhengighet i fagteamene kan være et uttrykk for forutsetninger som disiplinierer praksisen i fagteamenes møter. Foucault (1995) vektlegger det relasjonelle forholdet mellom maktstrukturer og kunnskap i praksis, og sier at makt er til stede som forutsetninger i hvordan mennesker tenker, lærer og handler. Synet på kunnskapsproduksjon og hvilken kunnskap som veier tyngst er en maktstruktur som ubevisst kan styre innholdet i møtene. Tradisjonelt har helsevesenet hatt en hierarkisk

maktstruktur hvor den eksplisitte faktakunnskapen har vært rangert øverst i hierarkiet. Den som er rangerte høyest i hierarkiet gir instruksjoner nedover i hierarkiet og etterspør i liten grad andres kompetanse. En flerfaglig samarbeidsform kan være kjennetegnet av en hierarkisk maktstruktur (Willumsen 2009). Der kan også ses en sammenheng mellom den skolastiske tradisjonen med formidling av kunnskap som har hatt en dominerende posisjon i pedagogikken (Wacherhausen 1999).

Alle fire respondentene gir uttrykk for at praksis i avdelingen er preget av ubalanse i maktforholdene. En av terapeutene sier at avdelingen har en hierarkisk maktstruktur som er uheldig for teamsamarbeidet fordi han mener det er viktig at alle deltar på lik linje. Samtidig omtaler han selv pleierne som dem der nede, og gir selv uttrykk for en hierarkisk holdning. En fra avdelingspersonalet gir uttrykk for sine følelser av å være i en underlegen posisjon og omtaler terapeutenes instruksjoner som at de sitter på sine pøstaller og gir instruksjoner. Respondenten har en opplevelse av ikke alltid å være likeverdig rehabiliteringspartner i teamet. Den andre respondenten fra avdelingspersonalet gir uttrykk for at terapeutene også gir instruksjoner innenfor områder som er innenfor avdelingspersonalets kunnskapsområde. En av terapeutene opplever på sin side å være i en underlegen posisjon ved å holdes utenfor problemstillinger i avdelingen

I nesten alle møtene som jeg observerte, så brukte terapeutene fagspesifikke uttrykk som ikke alle forsto. Asymmetrien i maktforholdet ble tydelig. Det eksplisitte fagspråket framsto som en reell maktfaktor. Det er usikkert om bruken av fagspesifikke uttrykk er en bevisst form for maktutøvelse, eller om det er et diskursivt maktelement. Foucault (1995) sier at makt kommer til syne i blant annet språket; det vil si i diskursen knyttet til rehabilitering. I et av møtene jeg observerte ble informasjon fra avdelingspersonalet korrigeret, og en problemstilling ble stoppet i forhold til videre dialog. Det kan være et ubevisst maktuttrykk for å begrense diskursen, og for å opprettholde nåværende praksis. Korrigeringen kan også være et uttrykk for å hegne om ansvarsområde slik at fagspesifikke problemstillinger ikke skal være uttalt i teamet.

Alle respondentene kom inn på konflikten fagteamet hadde i løpet av rehabiliteringsprosessen i forhold til uklare ansvarsområder. Jeg tolker uttalelsene ovenfor som bakenforliggende for konflikten. Min tolkning av konflikten på bakgrunn av

uttalelser i intervjuene er at en av terapeutene har kommet med vurderinger innenfor et ansvarsområde som tradisjonelt er sykepleiefaglig. Avdelingspersonalet opplever vurderingen som en nedvurdering av sin fagkunnskap ved at terapeuten gir vurderingen innenfor deres område. Terapeuten på sin side mener at alle problemstillinger rundt en pasient vil tjene på at alle faggruppene gjør vurderinger eksplitt i teamet, og at nettopp det er tverrfaglig samarbeid. Den andre terapeuten opplevde på sin side at konflikten gjorde noe med han, og at den andre terapeuten ikke ble riktig behandlet. Uttalelsene om konflikten kan tolkes som at alle uttrykker en følelse av å være i en underlegen posisjon. Sett i lys av tverrfaglighet, så er dette interessant. Hvor langt kan en yrkesgruppe gå i forhold til en annen yrkesgruppes ansvarsområde og domene? Utgjør det noen forskjell om inntreden i andres domener er uttrykk for en spesifikk faggruppes vurdering eller et resultat av felles vurderinger? Går det en grense der faglig vurdering om eget fagområde fra andre yrkesgrupper oppleves som instruksjon og ikke økning av felles kunnskap? Sett i sammenheng med at terapeutene i stor grad gir informasjon og instruksjon til avdelingspersonalet, så kan vurderingen terapeuten har kommet med blitt oppfattet som en instruksjon, vurderingen vil i så tilfelle være å gå for langt over i andre yrkesgruppers domener.

Den eksplisitte kunnskap om fysisk funksjonsevne kan forstås som en faktor som gir makt. En respondent fra avdelingspersonalet sier at også pasienters mål blir overskygget av fokuset på yrkesgruppens egne mål i forhold til pasienten fysisk funksjonsevne. Respondenten sier at uansett om pasientens viktigste mål ikke har noe med fysisk funksjonsevne å gjøre, så har arbeid med den fysiske funksjonsevnen dominans. Organiseringen av samarbeidet i fagmøter kan derfor være med på å opprettholde og legitimerer maktstrukturene relatert til faktakunnskapen. Fravær av samarbeid i praksis hindrer utveksling av den tause kunnskapsdimensjonen i rehabiliteringsutøvelsen (Polanyi 1966). At tverrfaglige treffpunkter i stor grad er redusert til fagmøtene sikrer som nevnt tidligere overlevering av faktakunnskap og reduserer overlevering av taus erfaringskunnskap. Lauvås og Lauvås (2004) viser til at kunnskapskamp er en faktor som vanskeliggjør samarbeid, og at kunnskapen som er i henhold til dogmene har høyest status i samarbeidet. I den sammenheng kan jeg nevne erfaringer i forhold til vurdering av kognitiv funksjon hos pasienter. Kliniske vurderinger fra avdelingspersonalet i et 24 timers oppgaverelatert rehabiliteringsperspektiv blir ikke anerkjent som sann før en test, utført av lege eller ergoterapeut, tallfester funksjonen. Min erfaring er at det ofte ikke er

samsvar mellom testen og de kliniske vurderingene. En person kan score dårlig på en test, men kan allikevel ha stor grad av selvstendighet og mestring i dagens aktiviteter, og omvendt.

En annen side ved det å gjennomføre kognitive tester av pasientene er at testene etter min mening er krenkende. Hvis jeg hadde blitt bedt om å tegne klokka eller å telle til ti, så ville jeg mest sannsynlig følt det nedverdiggende. Ytterligere forsterket når pasienten kanskje ikke mestrer oppgaven. I myndiggjøringstanken for å utjevne maktbalansen er tilrettelegging for at ressurser og muligheter hos pasienten kommer til uttrykk, og at faktorer som skaper stress reduseres (Stang 2001). Jeg vil påstå at kliniske vurderinger gjennom døgnet er en mer human og brukervennlig måte å vurdere pasienters kognitive funksjon på enn kognitive tester. En av respondentene peker på at det gjennomføres mange tester som ikke er anvendelige i praksis. Respondentens stiller spørsmålsteget til hva en test betyr i utførelsen av aktiviteter i dagliglivet til pasienten. Testene kan også ses som en forlengelse av og en konsekvens av den fagspesifikke, fysisk orienterte og instrumentelle holdningen til rehabilitering som dominerer praksis.

Wacherhausen (2002) peker på at arbeidsmåter og organisering av helsevesenet ofte oppleves krenkende av pasienter. Fagmøtene i teamene er organisert slik at pasientene ikke skal være tilstede. Inntil for ett par år siden var pasienten med på møtene. Erfaringer med at mange pasienter opplevde det belastende å delta i møtene medførte at organiseringen av møtene ble endret. I praksis innebar gjennomføringen av møtene at pasientene deltok i møter hvor det var fire til seks profesjonelle til stede. Spørsmålet som er interessant å diskutere er om det i det hele tatt er mulig å jevne ut maktbalansen i møtene med såpass mange profesjonelle til stede i forhold til pasienten. Om det er mulig å gjennomføre slike møter og samtidig sikre at pasienten opplever seg behandlet som et subjekt? Spørsmålet er omstridt i helsevesenet, også i rehabiliteringsavdelingen. En intersubjektiv relasjon mellom den profesjonelle og pasienten er en forutsetning for at pasienten skal ha brukermedvirkning, og for at den profesjonelle skal ha brukernes perspektiv. En reell fare ved å trekke pasienten for langt inn i den profesjonelle virksomheten, er at pasienten opplever seg beskrevet som et objekt som de profesjonelle diskuterer (Humerfelt 2005, Bengtson 2001, Wacherhausen2002). Mange av pasientene som kommer inn for rehabilitering er i en situasjon som er krisepreget. Mange har redusert formidlingsevne og vil være avhengig av en-til-en situasjon. I en gruppe med

profesjonelle kan det også lett bli et forum som fåtallet av pasienter har forutsetninger for å forstå. Et argument som er lett å ty til, er at de profesjonelle må skjerpe seg. I mange situasjoner er nok det riktig, men det må også være rom for profesjonelle dialoger for utveksling av kunnskap. Jeg ser nødvendigheten av at profesjonelle har dialoger for analyse omkring pasienten uten at pasienter er fysisk tilstede og at det ikke trenger å være noen trussel mot pasientens medvirkning. Jeg tror grad av medvirkning snarere betinger i relasjonen mellom profesjonelle og pasienter, ikke hvorvidt pasienten er fysisk til stede eller ikke. Viktige faktorer å tenke på i forhold til medvirkningens form vil da kanskje være hvilket fora som er best for at pasienten skal få formidlet sitt perspektiv på situasjonen til de profesjonelle, og ikke omvendt. Abbott (1987) beskrivelse av analysefasen forstår jeg som en ren profesjonell virksomhet, en fase hvor den profesjonelle skal bruke sin teoretiske og praktiske kunnskap for å analysere kartleggingsbildet av pasienten. I mange tilfeller tror jeg det er nødvendig at profesjonelle har en profesjonell sfære å diskutere i som pasienten skal skånes fra å delta i.

Funnene fra undersøkelsen sier noe om at brukerperspektivet i liten grad uttales i samarbeidet. Målsamtalen som står som en ramme for samarbeidet i intern prosedyre ble ikke redegjort for i noen av de seks møtene som jeg observerte. Et mulig perspektiv på resultatet er at yrkesgruppene arbeider hver for seg i forhold til målarbeid med pasienten, slik som ved formulering av tiltak og delmål. En av terapeutene gir uttrykk for at han sier han foretrekker å gjøre tiltaks- og målarbeid i praksis sammen med pasienten. Uttalelsen kan tolkes som en motvilje til å gjennomføre møtene uten pasienten tilstede. Tidligere i intervjuet peker terapeuten derimot på som et problem at møtene ikke har tilstrekkelig fokus på felles tiltak og målarbeid. Jeg tolker utsagnene som motsigende og at han gir uttrykk for at det er vanskelig å sette mål og tiltak på møtene uten at pasienten er tilstede. Usikkerheten i forhold til tilrettelegging og gjennomføring av brukermidvirkning kan være en faktor som forklarer at møtene i så liten grad formulerer mål og tiltak felles.

En svakhet ved metoden er at datainnhenting for undersøkelsen er begrenset til møter i fagteam. I forhold til å beskrive den tverrfaglige arbeidsprosessen var det nødvendig å velge møtene som arena for undersøkelsen, siden yrkesgruppene ikke jobber sammen i andre arenaer. Det at brukerperspektivet i liten grad kommer eksplisitt fram under møtene bør ikke bety at yrkesgruppene ikke jobber brukerrettet. Funn fra møtene kan derfor ikke si noe om hvorvidt yrkesgruppene jobber brukerrettet eller ikke.

Samme sak vil være i forhold til fokus på fysisk funksjonsevne under møtene. Funnet bør nødvendigvis ikke bety at yrkesgruppene har et ensidig fokus på den fysiske funksjonsevnen i sin praktiske utøvelse. Funnene kan derimot si noe om at brukerperspektivet og helhetsperspektivet ikke er i fokus i samarbeidet i møtene i tilstrekkelig grad.

Empirien om fokuset på brukerperspektivet i møtene kan gi næring til argumenter mot at pasienten ikke skal delta under møtene fordi brukerens fravær tilsynelatende tar fokuset bort fra pasienten, eller så kan funnet brukes til å bevisstgjøre yrkesgruppene om at pasienten får for liten plass under møtene når pasienten ikke er tilstede. Riktigst vil kanskje være å gjøre individuelle vurderinger om medvirkning ut i fra hver enkelts evne til å gi og ta imot informasjon. I loven står det at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasientrettighetsloven 2001). Mange av pasientene som er innlagt i avdelingen har redusert sanseapparat og formidlingsevne. Noen av pasientene vil dermed ha store problemer med å samtale med 4 til 6 personer i et møte. Gjennomføringen av møtene uten av pasienten er til stede forutsetter derimot at datagrunnlaget som er grunnlaget for møtet, består av pasientens perspektiver og mål. I fagmøtene skal målarbeidet fra samtalen med pasienten være grunnlaget som terapeutiske delmål settes ut i fra. Med terapeutiske delmål mener jeg mål som profesjonelle setter ut i fra sitt kunnskapsgrunnlag.

De ulike variablene som er identifisert gjennom undersøkelsen er eksempler på faktorer som disiplinerer praksis og styrer diskursen. Selve organiseringen av tjenesten er med på å påvirke de forskjellige utøverne og pasientene. Organiseringen vanskeliggjør implementering av nyere tanker rundt rehabilitering, implementering av ICF og oppgaverelatert rehabilitering. Diskursen omkring rehabilitering synes dominert av noen hovedoppfatninger; respondentene trenger ikke hverandres kunnskap, og er ikke gjensidig avhengige av hverandre. Domenetenkningen er sterk og at det er den eksplisitte og instrumentelle kunnskapen som er den bærende maktstrukturen. Min vurdering er at diskursen som regulerer utøvelsen av rehabilitering i det tverrfaglige samarbeidet er preget at en hierarkisk ordning hvor fokus på medisinsk faktakunnskap i stor grad styrer samarbeidet og rehabiliteringsutøvelsen. Dessverre viser det seg å være sterke korrelater mellom empiri og teori, spesielt om man ser på hemmere for tverrfaglig samarbeid.

7.0. Til slutt.

I denne studien har jeg prøvd å beskrive hvordan samarbeidet i fagteamene i rehabiliteringsavdelingen fungerer. Jeg har hatt fokus på yrkesgruppens arbeidsprosess, og hvilke faktorer som påvirker grad av integrering av faglig perspektiver. Et hovedmønster i resultatene er at yrkesgruppens arbeidsprosesser og faglige perspektiver i liten grad integreres under møtene. Samarbeidsprosessen under møtene er preget av at det er en maktubalanse til stede i forhold til formidling av kunnskap og i anerkjennelse av gjensidig avhengighet. Studien viser også hvordan de forskjellige oppfatningene av tverrfaglighet påvirker samarbeidet, samt viser hva som hemmer og fremmer det tverrfaglige samarbeidet.

Jeg tror ikke det finnes noen snarvei eller noen enkel måte å endre praksis på. Snarere tror jeg det vil være både tidkrevende og ressurskrevende fordi funnene mine i en viss grad utfordrer selve rehabiliteringsparadigmet i avdelingen. Paradigmefokuset kan være forklaringen på at det er en ubalanse i anerkjennelse av gjensidig avhengighet i samarbeidet i fagteamene slik jeg forstår det.

I den grad jeg skal komme med noen konklusjon vil jeg påstå at praktisk samarbeid mellom teammedlemmene vil kunne styrke tverrfagligheten i samarbeidet. Jeg tror praktisk samarbeid i større grad vil bidra til at alle fags perspektiv i større grad tydeliggjøres og at potensialet i personalgruppa vil kunne utnyttes bedre. Fravær av praktisk samarbeid kan virke hemmende på utviklingen av tverrfaglig handlingskompetanse. Fagmøtene som i hovedsak er eneste arena for samarbeid, hindrer utveksling av andre kunnskapsformer enn den eksplisitte faktakunnskapen, hindrer utveksling av yrkesgruppens ferdigheter, og reduserer mulighetene for tverrfaglig identifisering mellom yrkesgruppene.

På mange måter tror jeg likevel at fagteamene har den samarbeidsformen som er hensiktsmessig ut fra nåværende organisering og forståelse av tverrfaglighet. Yrkesgruppene oppnår en bedre helhetsforståelse og merviten selv om det er liten grad av integrering. En merviten de ikke ville kommet fram til på egen hånd. En av terapeutene sa mot slutten av intervjuet at rehabiliteringsavdelingen er et stort kompetansehus. Det er jeg helt enig i. Sammensetningen av kompetanse i avdelingen er unik i kommunal

sammenheng og er i utgangspunktet en suksessfaktor for et godt rehabiliteringstilbud. En høyere grad av integrering av de faglige perspektivene vil derimot utløse en større del av det enorme potensialet som finnes i den unike sammensetningen av kompetanse. En slik endring av integreringsgraden vil innebære en forskyvning av fokus, bort fra det rent fysiske, bort fra medisinsk tilstand. Kort sagt; en endring i selve diskursen omkring rehabilitering. Det kan føre til at yrkesgruppene er sammen og ikke sammen, men hver for seg.

7.0. Litteraturliste.

Abbot, A. (1988). *The System of Professions. An essay on the Division of Expert labor.* The University of Chicago Press, Chicago and London.

Alvesson, M., Sköldberg. K. (2008). *Tolkning och reflektion.* 2 utgave. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Lund: studentlitteratur.

Axelsson, S., Axelsson, R. (2009). *Altruisme i tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse.* I Willumsen, E. (red). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning.* Universitetsforlaget AS: Oslo.

Bengtsson, J. (2001): *Sammenflätningar.* 2 utgave. Gøteborg; Bokforlaget Daidalos AB.

Bjerrum M. (red)., Christiansen Lund K. (red) (2001). *Filosofi – Etik – Videnskapsteori:* Denmark: Akademisk Forlag

Bredland E., Linge A., Vik Kjersti (2011). *Det handler om VERDIGHET og DELTAKELSE.* Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. 3 utgave 1 opplag. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Clarke D. J. (2010): *Achieving a teamwork in stroke units:* The contrubition of oppertunic dialog. Journal of Interprofessional Care, Mai 2010: 24:3

Clark P. (2006). *What would at theory of interprofessional education look like?* Some suggestions for developing a theoretical framework for teamwork training. Journal of Interprofessional Care, Desember 2006.

Eriksen Berg, T. (red) (1993). *Vestens tenkere,* bind 3. Oslo: Aschehoug.

Foucault, M. (1995). *Seksualitetens historie 1. Viljen til viten.* EXIL forlag.

Gray Barbara (1989). *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems.* San Francisco and London: Jossey-Bass

Handal, G., P., Lauvås (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Hansen Vold, G. (2007). *Samarbeid uten fellesskap*. Dr. avhandling. Karlstad Universitet, Karlstad.

Hansen Vold, G., Fugeltveit R. (2010). *Vi driver og rydder og rydder hver uke vi....: Evaluering av oppsøkende rusteam i Moss/Rygge*. Høgskolen i Østfold: Oppdragsrapport 2010:2

Helsedirektoratet (2010). Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift for re-/habilitering (2001). www.lovdata.no

Humerfelt, K. (2005). Begrepet *brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå*. I Willumsen, E. (red): *Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlag AS.

Jacobsen, D. I. (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2 utgave. Oslo: Abstrakt forlag.

KITH (2004) *Norsk brukerveiledning for ICF: internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Aktietrykkeriet, Trondheim: 2004

Kinsella, E. A. (2007). *Embodied Reflection and the Epistemology of Reflective Practice*. Journal of Philosophy of Education, Vol. 41, No. 3, 2007

Kolb, D, A.(1984): *Experiential learning. Experience as the source of learning and development* . Englewood Cliffs, N.J.: Prentice hall

Kristoffersen Jahren, N. (2000). Sykepleieprosessen. 1. utgave, 4 opplag. I Kristoffersen Jahren, N. (red). Generell sykepleie 2: Pasient og sykepleiersamhandling, opplevelse og identitet. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kristoffersen Jahren, N. (2000). *Sykepleiekunnskap*. 1 utgave, 4 opplag. I Kristoffersen Jahren, N. (red). *Generell sykepleie 1: Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kvale, S., S., Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave, 2. opplag 2010. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Kvärnström, S. (2008). *Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork*. *Journal of Interprofessional Care*, mars 2008; 22(2).

Kvärnström, S. (2009). *Samarbeid og læring i det tverrprofesjonelle teamet*. I Willumsen, E. (red). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kvärnström, S. (2007). *Interprofessionella team i vården*. En studie om samarbeide mellom helseprofesjoner. Linköping Studies in Health Sciences Thesis No. 83. Licentiatavhandling. Hälsouniversitetet. Linköping: Linköpings universitet.

Lauvås, K.,P., Lauvås (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. 2. utgave, 3. opplag 2008. Oslo: Universitetsforlaget.

Maslow, A. (1970): *På vei mod en eksistenspsykologi*. Viborg: Nyt Nordisk Forlag.

Medlex Norsk Helseinformasjon (2011). *Folkehelseloven, med departementets merknader, Helse- og omsorgstjenesteloven, med departementets merknader: Fakta om samhandlingsreformen*.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011). Særtrykk av St.prp. nr. 1(2007-2008) kapittel 9. Helse- og omsorgsdepartementet.

Normann, T., Sandvin, J., Thommesen, H. (2008). *Om rehabilitering: Mot en helhetlig og felles forståelse?* 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Kommuneforlaget A/S.

NOU 2001: 22. *Fra bruker til borger: En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*: Sosial- og helsedepartementet 29 juli 2001

Olesen Jens (2009). *Teamsamarbejdets betydning for rehabiliteringsprosessen*. Fysioterapeuten. Nr 1/2009.

Nygren, P. (2004). *Handlingskompetanse – om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Pasientrettighetsloven (2001). Helse- og omsorgsdepartementet. www.lovdatab.no

Polanyi, M. (1966). *Den tause kunnskapsdimensjonen. En introduksjon til taus kunnskap*. Oslo: Spartacus forlag: (2000).

Sandell, O. (2002). *Om faglig veiledning, om ulike perspektiver på læring, om kunnskap*. Halden: Høgskolen i Østfold. Rapport 2004:2.

San Martin-Rodrigues, L., M-D. Beaulieu, D. D'Amour, M. Ferrada-Videla (2005). *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*. Journal of Interprofessional Care (May 2005) Supplement 1.

Skau, G. M. (1996). *Mellom makt og hjelp*. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper. 2. utgave, 3. opplag, 2000. Oslo: Tano Aschehoug.

Skærbæk, E. (2003). *Anerkendelse, frihet og faglighed: en forskningsrapport*. Halden: Høgskolen i Østfold.

Stang, I. (2001). *Makt og bemyndigelse- om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. 1. utgave (1998), 2. opplag (2001). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Stelter, R. (red.) (2002): *Coaching, læring og utvikling*. København: Psykologisk Forlag A/S, s. 69-85

- Stolt, C. M. (2003). *Medisin och det mänskliga: Vårdkunst och vardagsetik, humanism og humaniora*. Stockholm: Bokforlaget natur och kultur.
- Stortingsmelding nr 21 (1998-99). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Helse- og omsorgsdepartementet. www.lovdato.no
- Storingsmelding 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. www.lovdato.no
- Strasser, D.C., et al. (2005). *Teamwork and stroke outcomes*. Arch Phys Med Rehabil 2005; 86.
- Sørensen, N. B (2000). *Organisationers form og function: Om Mintzbergs teori i en dansk sammenheng*: 4 utgave, 3 opplag 2006. Danmark: Forlaget Samfundslitteratur
- Wacherhausen., S. (1998): *Accounting for and changing Practice*. Aarhus: Institut for Filosofi, Center for Sundhed, Menneske og Kultur.
- Wacherhausen, S. (2002). *Humanisme, profesjonsidentitet og utdanning - i sundhetsområdet*. København: Hans Reizel.
- Wacherhausen, S. (1999). *Det skolestiske paradigmet og mesterlære*. I Nielsen, K. & Kvale, S. (red) (1999): *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Wacherhausen, B. & S. Wacherhausen (1999). *Tavs viden, pædagogikk og praksis*. I: *På sporet av praksis*. <http://www.uvm.dk/pub/1999/prakspor/hel.htm>
- Wadel, C. (1991): *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: SEEK Forlag.
- Willumsen., E. (2009): *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren*. I Willumsen, E (red). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Universitetsforlaget AS: Oslo.

Willumsen, E. (2009): *Differensiering og integrering – dynamikken i tverrprofesjonelt samarbeid?* I Willumsen, E (red). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Universitetsforlaget AS: Oslo

Willumsen, Elisabeth (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren*. I Willumsen, E. (red). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wisløff, N. F. (2005): *Fra stykkevis til helt*. En sammenhengende helsetjeneste: innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17 oktober 2003: avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1 februar 2005. NOU 2005:3. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, informasjonsforvaltning.

Øvretveit, J. (1995). *Teamdecision-making*. Journal of Interprofessional Care, Vol. 9, NO. 1, 1995.