

Dysfagi og tverrfaglig samarbeid

En kvalitativ undersøkelse av ulike profesjoner, om hvilken måte kan et internt tverrfaglig samarbeid i en rehabiliteringsprosess være hensiktsmessig i arbeidet med en dysfagi pasient.

—
Ann-Helen Danielsen Holm

Masteroppgave i Logopedi November 2015

Sammendrag.

I min studie har jeg beveget meg inn på et logopedisk felt som er både spennende og utfordrende. Studien handler om dysfagi og tverrfaglig samarbeid på et rehabiliteringssenter. Studie er en kvalitativ intervju undersøkelse av voksne mennesker med ulike profesjons bakgrunn. Studien er gjennomført på min egen arbeidsplass.

Mål

Ønsket med denne undersøkelsen å innhente ny kunnskap og erfaring om dysfagi og tverrfaglig samarbeid. Et annet mål med undersøkelsen var å finne ut hvilke kompetanse de andre profesjonene har om emnet, og hvilke holdninger/verdier som er viktig i et tverrfaglig samarbeid. Ut fra dette få en bredere forståelse av de ulike profesjonenes ansvar i arbeidet med dysfagi pasienter.

Problem stilling

På hvilken måte kan et internt tverrfaglig samarbeid i en rehabiliteringsprosess være hensiktsmessig i arbeidet med hjerneslagpasienter med dysfagi?

Forskningsspørsmål:

- 1. Hva karakteriserer samarbeidet omkring en dysfagi pasient mellom de ansatte på tvers av deres kompetanse?*
- 2. Hvilke holdninger/verdier har de ulike faggruppene til sin og andres kompetanse i det tverrfaglige team, i forhold til dysfagi?*

Teori

Det teoretiske rammeverket i denne studien bygger på flere innfallsvinkler ettersom tema dysfagi og tverrfaglig samarbeid er et sammensatt tema. Teori om dysfagi etter hjerneslag, kartlegging og behandling og tverrfaglig samarbeid er opptakten til teori om kompetanse, holdninger og verdier og kommunikasjon.

Metode

For å finne svar på mine forskerspørsmål har jeg gjennomført en kvalitativ undersøkelse. Innsamling av data foregikk ved å benytte semistrukturerte intervju med et utvalg av sju profesjons utøvere ved et rehabiliteringssenter. Basert på et strategisk utvalg består

informantene an henholdsvis lege, to sykepleiere. En ergoterapeut, en fysioterapeut, en hjelpepleier og en fra ledelsen på rehabiliteringssentret.

Resultat

Oppgaveprosessen har gitt meg mer kunnskap om dysfagi, og en dypere innsikt og forståelse for tverrfaglig samarbeid i forhold til pasienter med dysfagi. Resultatet viser at profesjonsutøverne på sentret sitter med ulik kompetanse på dysfagi og tverrfaglig samarbeid. Et tverrfaglig samarbeid i form av en bred faglig kompetanse gir større muligheter for å hjelpe en pasient med dysfagi. Det tverrfaglige samarbeid er av stor betydning for å kunne ivareta helhets perspektivene på pasienten. Informantene trekker frem betydningen av det å ha et bredt fagspekter å støtte seg til i forhold til en pasient med dysfagi.

I arbeidet med en dysfagi pasient er det viktig at profesjonsutøverne argumenterer for sin forståelse av pasienten basert på den kunnskapen de har i sitt fagfelt. Like viktig er det også å sette seg inn i og gjøre seg kjent med hva andres kompetanse. Ikke alle var like sikker på sin rolle eller de andres rolle i forhold til en pasient med dysfagi, men ønsket å lære mer. Et godt tverrfaglig samarbeid bygger på trygghet og åpenhet overfor hverandre, hvor faglig dialog er av stor betydning.

Et godt tverrfaglig samarbeid er forankret i ledelsen, med at de legger til rette for et godt samarbeid, og anerkjenner de ulike profesjonens kompetanse. En av de største utfordringene i det tverrfaglige samarbeidet på sentret var tid, resurser og kommunikasjon.

Forord

Når sluttstreken settes for denne masteroppgaven er det både med glede og lettelse. Det har vært en lang, krevende og lærerik prosess. Denne oppgaven har gitt meg mulighet til å få dypere innsikt i et tema jeg har vært opptatt av. Ledelsen på min arbeidsplass fortjener en takk for at di la til rette slik at jeg fikk mulighet til å gjennomføre denne masteroppgaven. Og så vil jeg takke alle mine kollegaer som stilt opp som informanter i min undersøkelse.

Jeg vil takke min veileder Jorun Høier som har vært tålmodig og vist engasjement gjennom deler av prosessen.

Min mann Geir og vår datter Vanja fortjener en takk for sin tålmodighet når helgene og kveldene har blitt brukt til masteroppgave. Så vil jeg rette en stor takk til vår eldste datter Malin for sine innspill og oppmuntring gjennom prosessen.

Holm November 2015

Ann-Helen Danielsen Holm

Indhold

1.0 Innledning	8
1.1 Problemformulering og forskningsspørsmål	10
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	10
1.2.1 Hjerneslag og dysfagi	10
1.2.2 Rehabilitering og tverrfaglig samarbeid.....	11
1.3 Begrepsavklaringer.....	12
1.4 Oppgavens organisering	14
2.0 Teori	16
2.1 Normal svelgfunksjon	16
2.2 Dysfagi etter hjerneslag.....	17
2.3 Kartlegging, behandling og det tverrfaglige team.....	20
2.4 Ulike teoretiske perspektiver på Tverrfaglig samarbeid.	21
2.5 Tverrfaglig samarbeid - Profesjonell Kompetanse.....	23
2.6 Holdninger/verdier	26
2.7 Kommunikasjon.	29
3.0 Metode og forskningsdesign.	31
3.1 fenomenologi.....	31
3.2 Kvalitativt intervju	32
3.3 Utvalg.....	33
3.4 Intervjusituasjonen	33
3.5 Transkribering	34
3.6 Analyse av intervjuene.....	35
3.7 Reliabilitet	36
3.8 Validitet.....	37
3.9 Generaliserbarhet	38
3.10 Ethiske refleksjoner.....	39
4.0 Presentasjon av funn.....	41
4.1 Tema dysfagi	41
4.1.1 Utdrag fra intervjuene.....	41
4.1.2 kort oppsummering.....	42
4.2 Tema tverrfaglig samarbeid	42
4.2.1 Utdrag fra intervjuene.....	42
4.2.1.1 informantenes erfaring/kompetanse om tverrfaglig samarbeid.....	42

4.2.1.2	<i>Hva er utfordringene med det å jobbe tverrfaglig?</i>	43
4.2.1.3	<i>Hva ser de som fordeler med å jobbe tverrfaglig?</i>	44
4.2.1.4	<i>Hvordan synes informantene at det tverrfaglige samarbeidet på Rehabiliteringssentret fungerer?</i>	44
4.2.1.5	<i>Hvordan kan det tverrfaglige samarbeide utvikle seg til å bli bedre?</i>	44
4.2.2	kort oppsummering.....	45
4.3	Tema dysfagi og tverrfaglig samarbeid.....	45
4.3.1	Utdrag fra intervju:.....	46
4.3.1.1	<i>Hvilke oppgaver mener informantene de ulike profesjonene har?</i>	46
4.3.1.2	<i>Hva kan de lære av de andre profesjonene?</i>	46
4.3.1.3	<i>Hva kan hver profesjon selv bidra med?</i>	47
4.3.1.4	<i>Forslag til hvordan vi kan skaffe oss mer kunnskap om dysfagi og tverrfaglig samarbeid</i>	47
4.3.2	Kort oppsummering.....	47
4.4	Ulike holdninger.....	48
4.4.1	Utdrag fra intervju:.....	48
4.4.1.1	<i>Hvordan skape bedre holdninger?</i>	49
4.4.2	Kort oppsummering	49
4.5	Hva legges i begrepet rehabilitering.....	49
5.0	Drøfting av funn.....	50
5.1	Tverrfaglig samarbeid og Kompetanse	50
5.2	Tverrfaglig samarbeid og Kommunikasjon.....	52
5.3	Tverrfaglig samarbeid fra ulike perspektiv	53
5.4	Holdninger og verdier	56
5.5	Et hensiktsmessig tverrfaglig samarbeid i samarbeidet om en dysfagi pasient.....	58
6.0	Oppsummering, refleksjoner og avslutning	61
	Litteraturliste:.....	64

Vedlegg nr.1	
Fårespørsmål om du vil delta i et forskningsprosjekt.....	67
Vedlegg nr. 2	
Erklæring om samtykke	68
Vedlegg nr. 3.	
Intervju guide	69
Vedlegg nr. 4	
Svar fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD):.....	70

1.0 Innledning

I følge Statens helsetilsyn rammes i Norge rundt 15.000 mennesker av hjerneslag hvert år og det finnes cirka 60.000 slagrammede i landet totalt (Statens helsetilsyn, 1996). Hjerneslag er en akutt debut av fokal eller global forstyrrelse av cerebral funksjon som varer mer enn 24 timer hvor ingen annen årsak enn vaskulær svikt (tromboli eller blødning) er sannsynlig (WHO, 2001). Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken etter kornarsykdom og kreft (WHO, 2001). Omfanget av skade i hjernen, og medfølgende fysiske og sensomotoriske problematikker etter et hjerneslag kan variere. Ofte ser vi at pasienter med hjerneslag lider av lammelser av varierende grad, lammelse er et synlig følge etter hjerneslag. Skadene kan dog være mere omfattende, og det kan også være skjulte vansker. Blant de skjulte vansker, kan dysfagi for eksempel nevnes.

Forekomst av dysfagi hos slagrammede varierer fordi det anvendes ulike metoder ved utredning, men i følge Iversen og Hauge (2008) forekommer dysfagi hos 80% av slagpasientene. Rugås (2009) henviser til Bath-Hextall og Smithard som hevder at i den akutte fasen av hjerneslag utvikler mer enn halvparten av pasientene dysfagi. Skruing (2004) anslår mellom 41 – 47 prosent av dem som rammes av hjerneslag har dysfagi. Dysfagi er ingen sykdom i seg selv, men et symptom på andre sykdommer eller tilstander (Stensvold & Utne, 1999). En pasient med dysfagi har vansker med spising og/eller svelging, disse pasientene har ofte bruk for rehabilitering for å få tilbake eller bedre sin funksjonssvikt. Rehabilitering skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne får mulighet til deltakelse i samfunnet på egne premisser. Hovedformålet med rehabiliteringstjenester er å bidra til økt funksjons- og mestringsevne og deltakelse.

Som nevnt kan slagpasienter ha et omfattende sykdomsbilde, og diagnosen ha mange følge symptomer. Hos en slagpasient er det derfor viktig og se de fysiske følger i sammenheng med pasientens sosiale og psykiske situasjon. Slagpasienter med dysfagi har ofte en sammensatt problemstilling med kognitive og sensomotoriske utfall, og fordi dysfagi er en sammensatt vanske og vansken kan omfatte svikt innenfor flere funksjonsområder, er det ofte flere forskjellige helsefaglige profesjoner innover denne type pasienter. Det er viktig

med tidlig diagnostisering og behandling, for at pasienten skal gjenvinne mest mulig funksjon og for å forebygge komplikasjoner. I denne sammenheng er det også viktig med kunnskap og erfaring på tvers av profesjonene for å oppnå de best mulige resultater og nå evt. satte mål. Når flere profesjoner er sammen om å ivareta pasienten som en helhet, kan dette kalles et tverrfaglig samarbeid (Lauvås og Lauvås, 2004).

Tverrfaglig samarbeid og tverrfaglige teams er uttrykk vi hører mere og mere om i helsesektoren, og dette er ikke uten grunn. Pasienter som har diagnoser som påvirker flere funksjoner i kroppen, kan ha et omfattende sykdomsbilde som vil kreve mere faglig forståelse, kunnskap og erfaring å behandle. Skal et optimalt tilbud til pasienter med hjerneslag tilrettelegges, hvor alle av pasientens behov dekkes. Er det viktig at forløpet koordineres til en helhet og at de nødvendige profesjonene trekkes inn.

I dette studie er det tatt utgangspunkt i et rehabiliteringssenter som ligger under spesialisthelsetjenesten. På dette rehabiliteringssentret skal det kunne gis spesialisert rehabilitering, det vil si utredning og behandling av pasienter som har så omfattende funksjonsutfall eller sammensatte lidelser at det er behov for kompetanse, utstyr og kapasitet som kun gis av spesialisthelsetjenesten. På rehabiliteringssentret får pasientene et intensivt gjenopptreningsforløp, fordelt over tre til seks uker, alt etter pasientens behov. Hjemme kommunene til pasientene kan som oftest kun tilby deler av denne kompetansen.

På det aktuelle rehabiliteringssenter blir det foretatt en tverrfaglig kartlegging når hjerneslagpasienter ankommer, og en rehabiliteringsprosess kan starte. En rehabiliteringsprosess hos pasienten starter med en erkjennelse av muligheter og ønsket om en endring i funksjonsnivået. Det tverrfaglige team arbeider med en utredning av pasienten, og ser på utfallet etter hjerneslaget. Hvor omfattende skadene er og om pasienten lider av f.eks. dysfagi og graden av dette. Videre i prosessen blir det satt opp mål og del mål, disse ut fra det tverrfaglige teams vurdering i samhörighet med pasientens formening. Det blir så utarbeidet en rehabiliteringsplan med de ulike tiltak fra de forskjellige profesjoner. I tverrfaglige møter blir tiltakene og målene evaluert underveis i forløpet. Når en pasient er ved og skal avsluttes, kontaktes hjemkommunene for evt. veiledning av videre oppfølging eller vurdering av evt. en ny rehabiliteringsprosess.

Som logoped på det aktuelle rehabiliteringssent opplever jeg en økning i henvisninger av

hjerneslagspasienter med dysfagi. Derfor opplever jeg også et økt behov for kunnskap og erfaring på området. Via dette studiet ønsker jeg å undersøke hvilke tanker og kompetanse de andre profesjonene har om hjerneslagspasienter med dysfagi. Videre ønsker jeg å rette fokus mot det tverrfaglige samarbeid omkring en hjerneslagspasient med dysfagi, og undersøke hvilke kunnskap, erfaringer og holdninger de ulike profesjonene har på dette området. Hvilket leder frem til min problemformulering og forskningsspørsmål.

1.1 Problemformulering og forskningsspørsmål.

På hvilken måte kan et internt tverrfaglig samarbeid i en rehabiliteringsprosess være hensiktsmessig i arbeidet med hjerneslagspasienter med dysfagi?

For å avgrense studien velger jeg å opprasjonalisere problemstillingen i følgende forskningsspørsmål.

- a) Hva karakteriserer samarbeidet omkring en dysfagi pasient mellom de ansatte på tvers av deres Kompetanse?
- b) Hvilke holdninger/verdier har de ulike profesjonene til sin og andres kompetanse i det tverrfaglige team, i forhold til dysfagi?

1.2 Bakgrunn for valg av tema.

1.2.1 Hjerneslag og dysfagi.

De pasienter som overlever et hjerneslag og har problematikker som dysfagi, vil leve med følgene av dette i større eller mindre grad, resten av sitt liv. Man kan derfor forestille seg at livstidskostnadene vil være høye og utgjøre en stor prosentdel av helsebudsjettet. Derfor er det viktig at diagnoser og problematikker som dette belyses, da det kan ha en stor innvirkning på det samfunnsøkonomiske plan.

Som logoped ser jeg nesten daglig pasienter med dysfagi, for mange av pasientene er dysfagien et handicap og de er ofte meget frustrert over dette handicap. De opplever at dysfagien er en stor begrensning både fysisk, psykisk og sosialt. Følgenvirkningene etter et hjerneslag kan være lammelse i deler av ansiktet og/eller skade i talemuskulaturens nerveforbindelser, dette forklares nermere i studiets teori del. Det er denne lammelsen som medfører dysfagi. En pasient med dysfagi har ofte

nedsatt tygge- og svelgfunksjon, hvilket er det man typisk tenker på ved disse pasienter. Jeg opplever at flere av disse pasientene har problemer med å holde på vannet i munnen, samt å kunne merke matrester i munnvikene, som igjen kan medføre dårlig munnhygiene og munnsår. I spise situasjoner får den dysfagirammede pasienten ofte mat og drikke i luftrøret og begynner og hoste under måltidet. Når pasienten får mat i luftrøret gjentatte ganger, kan dette medføre til lungebetennelse og dermed et lengre sykdomsforløp.

De som er hardest rammet av dysfagi ønsker ofte ikke å spise sammen med andre på grunn av overnevnte problematikker. Den nedsatte muskelkraft som følge av lammelsen kan også påvirke åndedrettet, som vidre vil innvirke på pasientens talefunksjon. De kan få problemer med å etablere en passende kraft på stemmen, og derfor snakke meget lavt, og kun snakke i kort tid av gangen. Jeg opplever også at flere av disse pasientene isolerer seg fra omverdenen ved å trekke seg på rommet når de skal spise. Deres selvfølelse blir nedsatt på grunn av de problematikker de har ved å spise.

Disse pasientene med slike vansker, opplever vi ofte at de kommer tilbake i nye rehabiliteringsforløp. Dette betyr høyere omkostninger for staten, men også større påkjenninger for den enkelte pasienten og dermed gjør gjenopptreningen lengre og mer omfattende. Vi vet at det er viktig med tidlig diagnostisering og behandling, for at pasienten skal gjenvinne mest mulig funksjon og for å forebygge komplikasjoner. Jeg mener derfor at det er viktig å sette fokus på disse pasientene og kunne tilby dem et best mulig rehabiliteringsforløp, så de kan komme raskt tilbake til en så normal hverdag som mulig. Da det er viktig at pasientens selvfølelse vedlikeholdes og funksjons nivå bedres raskt, så pasienten kan holde motet oppe, og finne motivasjon i gjenopptrening.

1.2.2 Rehabilitering og tverrfaglig samarbeid.

Rehabilitering skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne får mulighet til deltakelse i samfunnet på egne premisser. Hovedformålet med rehabiliteringstjenester er å bidra til økt funksjons- og mestringsevne og deltakelse. Når en pasient har pådratt seg et hjerneslag har han krav på tilbud om rehabilitering. Tilbud om rehabilitering kan gis både av kommunene og spesialisthelsetjenesten. En pasient med dysfagi etter hjerneslag trenger ofte rehabilitering, for å få tilbake eller bedre sin funksjonssvikt.

Hjem kommunene til pasientene kan som oftest kun tilby deler av kompetansen som et rehabiliteringssenter sitter med, og kjøper derfor ytelser fra rehabiliteringssentrene.

Rehabiliteringssentrene tilbyder intensive forløp som tilpasses den enkelte pasient, og pga. av den store utbredelsen av hjerneslagpasienter, er behovet stort. Det stilles derfor høye krav til kvaliteten av utredelse og behandling av pasienter ved rehabiliteringssentrene.

I dette studie er det tatt utgangspunkt i et rehabiliteringssenter som ligger under spesialisthelsetjenesten. Som tidligere nevnt skal dette rehabiliteringssentret kunne gi spesialisert rehabilitering. Stedet har et tverrfaglig team og arbeider allerede i et tverrfaglig samarbeid. Et tverrfaglig team kan f.eks. bestå av lege, klinisk ernæringsfysiolog, psykolog, logoped, spesialpedagog, vernepleier, sykepleier, sosionom, ergoterapeut og fysioterapeut. Teams bestående av disse profesjoner kan man bl.a. finne på et sykehus eller rehabiliteringssenter. Størrelsen på det tverrfaglige team rundt en hjerneslagpasient med dysfagi, som er knyttet til et rehabiliteringssenter vil variere, og mål og tiltak tilpasses iforhold til den enkelte pasients utfall, ønsker og behov samt til eksisterende ressurser i avdelingen.

Jeg nevner i innledningen at jeg opplever en økning i henvisninger av hjerneslagpasienter med dysfagi. Derfor opplever jeg også et øket behov for kunnskap og erfaring på området. Som logoped ser jeg viktigheten av å arbeide tverrfaglig omkring en pasient med dysfagi. Jeg finner det derfor interessant å stille meg kritisk til egen arbeidsplass og undersøke hvilke tanker, kompetanser, erfaringer og holdninger de andre profesjonene på stedet har. Dette kan forhåpentlig gi en bredere forståelse av hva som er viktig å vektlegge i det tverrfaglige arbeidet, og i en rehabiliteringsprosess for pasienter med dysfagi etter hjerneslag.

Videre håper jeg og få en bevisstgjøring av hvordan vi arbeider tverrfaglig i forhold til disse pasientene, og dermed få en felles forståelse av de ulike faggruppers ansvar. Jeg vil undersøke om et tverrfaglig arbeid er hensiktsmessig for å kunne ivareta pasientens behov, og se på om dette kan medføre ny kunnskap og erfaring på tvers av profesjonene. I tillegg er jeg opptatt av at dysfagi blir satt på dagsorden, og at mennesker som opplever disse vanskene skal oppdages og få tilstrekkelig hjelp utredning og behandling.

1.3 Begrepsavklaringer

Det finnes en rekke ulike definisjoner av rehabilitering. I St. meld. Nr. 21. (1998-99) Ansvar og mestring. Mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk, finner jeg følgende definisjon av

begrepet rehabilitering:

*«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser
Med klare mål hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand
til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjon- og mestring, selvstendighet
og deltakelse sosialt og i samfunnet igjen» (St.meld. Nr. 21. 1998-99).*

Denne definisjonen av rehabilitering har sin tilslutning fra det norske storting og regjering og gjentas i etterfølgende offentlige dokumenter (St.mld. nr.1 2007-2008). Jeg anser derfor denne definisjonen som autoritativ i norsk offentlig forvaltning, og derved en definisjon vi må forholde oss til som en premiss i rehabiliteringsarbeidet.

Tverrfaglig samarbeid innebærer behovet for samarbeid mellom de ansatte som har ulik faglig bakgrunn. Et slikt samarbeid innebærer at de som samarbeider har forskjellig kompetanse, altså at samarbeidet skjer mellom aktører som representerer ulike fag (Lauvås og Lauvås, 2004). På bakgrunn av dette kan en forstå at et godt tverrfaglig samarbeid forutsetter at en klarer å utnytte ulikhetene i kompetanse, erfaring og roller hos hverandre som samarbeidspartnere. Linge m.fl (2011) mener tverrfaglig samarbeid er samarbeid mellom ulike profesjoner om brukerens mål. De mener og at rehabilitering er en sammensatt og helhetlig prosess, der helheten er umulig å se ut fra bare et ståsted. Dermed forutsetter rehabilitering tverrfaglig samarbeid. De legger og stor vekt på verdigrunnlaget der fokuset på verdighet og deltakelse, må bli et felleseie som alle kan identifisere seg med, og som blir en del av hverdagen. Dagens forskning gir ikke et felles språk for å beskrive samarbeid (Willumsen & Hallberg, 2003). Willumsen (2009) viser til at dette kan være et tegn på at fenomenet tverrfaglig samarbeid er under utvikling. Hun bruker begrepet tverrprofesjonelt samarbeid, på personnivå, det vil si samarbeid mellom personer med ulike profesjon eller mellom profesjon og pasient.

Tradisjonelt har profesjoner blitt definert som ” type yrker som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom en spesialisert utdanning ” (Molander og Terum, 2010: 139). I følge Molander og Terum (2010) er en av de mest særegne kjennetegnene ved en profesjon at de forvalter en bestemt type kunnskap. Profesjonsarbeidet kjennetegnes også ved

standardiserte måter å gjøre arbeid på (Willumsen, 2009) Kort beskrevet innebærer begrepet profesjon en utdanning og kunnskap som gir deg rette til å utføre visse arbeidsoppgaver (Molander og Terum, 2010).

Et team kjennetegnes ved at det først og fremst består av mennesker med ulike kompetanse og at de samarbeider mot felles mål. Den enkelte deltaker i teamet vil komme med sin kompetanse. Kompetansen kan defineres som de samlede kunnskaper og ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre de aktuelle funksjoner og oppgaver som forventes. Willumsens (2009) skiller mellom kjernekompetanse, overlappende kompetanse, felleskompetanse og spisskompetanse. Kjernekompetanse er den kompetansen som en person har og som de andre ikke har og som reflekterer hovedfokus i den enkelte profesjonens fag, overlappende kompetanse er en type kompetanse hvor flere har samme kompetanse, felleskompetanse er en felles faglig kunnskap som utvikles over tid i et samarbeid mens spisskompetanse er en spesifikk og ofte smal kompetanse. Skau (2005) mener den profesjonelle kompetanse til den enkelte person er delt inn i tre aspekter den teoretiske kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Disse henger nøye sammen, virker inn på hverandre og er avhengig av hverandre. I et tverrfaglig samarbeid er det mange områder en kan rette fokuset på som er viktig for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere. Jeg har valgt å rette fokuset på kompetanse de ulike profesjonene har og må ha i forhold til rehabilitering av en pasient med dysfagi

Gjennom litteratursøk har jeg funnet flere masteroppgaver som tar for seg dysfagi i ulike sammenheng samt tverrfagligarbeid. Jeg har ikke kommet over noen som tar for seg dysfagi og det tverrfaglige arbeidet i en rehabiliteringsfase. Men det er utarbeidet en tverrfaglig metodebok av en arbeidsgruppe ved Aker universitetssykehus utgitt i 1999. Ellers litteratur jeg ønsker å bruke er jeg blitt kjent med gjennom pensum på studiet og tidligere studier, gjennom tips fra andre og gjennom litteratursøk.

1.4 oppgavens organisering

Oppgaven er delt inn i seks deler den første delen presenterer jeg tema og problemstilling. Jeg sier litt om bakgrunn til at jeg har valgt dette tema, og hvilke formål jeg har med oppgaven. Jeg har og gjort rede for en del sentrale begreper i innledningen. Del to er viet teori. Her presenterer jeg studiet i et teoretisk perspektiv. I del tre blir valg av metode redegjort og

forskningmessige vurderinger i behandling og presentasjon av resultatene følger i tredje del. I fjerde del presenteres funnene. I femte del av studiet drøfter jeg funnene ved hjelp av teorien. I sjette og siste del kommer en avsluttende del og konklusjon.

2.0 Teori

Teorien skal belyse empirien på en spesiell – vitenskapelig måte. Den skal få frem noe som hverdagsbetraktninger ikke gjør. Teori er ikke virkeligheten men et bilde eller oppfatning av hvordan forhold i det virkelige liv er (Postholm, 2010). Det teoretiske rammeverket i denne studien bygger på flere innfallsvinkler ettersom tema dysfagi og tverrfaglig samarbeid er et sammensatt tema.

Min egen forståelse min praksis og mine forkunnskaper har også vært styrende for valg av teori, men teorien som er valgt er i hovedsak basert på analyse av funn. Analyse av funn viser kompetanse på dysfagi og samarbeid har betydning for det tverrfaglige samarbeid. Vil først si litt om normal svelgfunksjon, dysfagi og hjerneslag, og deretter litt om kartlegging og behandling av dysfagi. Jeg har og valgt å se på det tverrfaglige samarbeid i forhold til ulike teoretiske perspektiver. Hvilke betydning det med holdninger og verdier kan ha. Og viktigheten av en god kommunikasjon for at det tverrfaglige samarbeidet skal bli bra.

2.1 Normal svelgfunksjon

For å kunne diagnostisere en pasient med dysfagi må en ha kunnskap om hvordan normal spising og svelging foregår. Et friskt menneske svelger i gjennomsnitt ca. 600 ganger i døgnet -ca. 350 ganger i våken tilstand, ca. 50 ganger om natta og ca. 200 ganger i forbindelse med måltidene. Det meste av svelgingen foregår uten at man tenker over det (Ekberg i Stensvold & Utne, 1999). Hver gang man svelger, involverer man 7 hjernenerver og 28 muskler (Stensvold & Utne, 1999). Svelging er en kompleks nevromuskulær aktivitet som blir stimulert av sensoriske reseptorer i munnen. Impulsene overføres til område som er assosiert med kjernen i den forlengede marg. En serie med ikke viljestyrte muskelkontraksjoner sørger for å drive mat og drikke gjennom svelget og ned i spiserøret mens det etableres et vern for luftveiene. Svelgprosessen er en kombinasjon av viljestyrte bevegelser og reflekser. Får vi noe som irriterer i halsen, vil hosterefleksen rense luftveiene. Når vi spiser, senker strupelokket seg over larynks og luftveiene stenges, slik at mat og drikke føres gjennom svelget og ned i spiserøret til magesekken. Fungerer ikke alle del prosessene som inngår i spising og svelging, kan det føre til for lite ernæring og fare for at det oppstår infeksjoner og andre komplikasjoner (Stensvold og Utne, 1999).

Den normal spise- og svelgprosessen inndeles i fire faser (Wergeland, Ryen, Olsen, 2001):

1. Preoral fase: Ved syn og lukt av mat gjør at en blir klar til å motta mat i munnen. Produksjon av spytt øker. Når en fører maten til munnen vil hånd- og armbevegelser synkronisert med bevegelser i overkroppen, hodet og kjeven.
2. Oral fase: Er viljestyrt. For at maten ikke skal renne ut lukker kjeven og leppene seg. Ved hjelp av tygging formes maten til en bolus (matklump) før den svelges. Ved hjelp av tungen og kinnmuskulaturen holdes maten mellom jekslene. Tungens funksjon er å flytte maten omkring, samler og elter før den frakter bolus bakover mot svelget.
3. Faryngeal fase: er en Ikke viljestyrt handling. I denne fasen utløses Svelgrefleksen. Respirasjonen blir automatisk avbrutt for beskyttelse av luftveiene. Dette skjer ved at ganespeilet hever seg, det samme gjør larynks (strupehodet), Strupelokket (epiglottis) lukker luftrørs inngangen og stemmeleppene lukkes. Det skjer en kontraksjon i svelgmuskulaturen som presser bolus videre. Når bolus har passert inngangen til spiserøret, åpnes luftrøret og respirasjonen gjenopptas.
4. Øsofageal fase: Er og en Ikke viljestyrt handling. Bolus føres gjennom spiserøret ved hjelp av tyngdekraft og peristalisk bølgebevegelse i spiserørets muskler og ned i magesekken.

2.2 Dysfagi etter hjerneslag

I følge Barer 1989 i Stensvold og Utne (2005) har ca 30 % av hjerneslagpasientene ved innleggelse i sykehus dysfagi som akutt symptom. Hos de fleste forsvinner problemet gradvis i løpet av første uke, mens i tilfeller der hjerneslaget berører dypere strukturer i hjernen, spesielt området rundt hjernestammen, kan spise- og svelgevanskene vedvare og medføre store problemer for selvstendig livsførsel.

Nervebanene fra de to hjernehalvdelen krysser over til motsatt side, noe som fører til at skade i venstre hjernehalvdel gir symptomer i høyre kroppshalvdel og omvendt. Når svelgmekanismen ikke fungerer kan forstyrrelsen komme fra en rekke ulike sentrale og perifere lesjoner i nervesystemet. Svelging er et godt integrert, uavhengig kompleks, sekvensiell hendelse som krever interaksjon mellom flere hjernenerver og deres hjernestammekjerner samt perifere nerver og muskler.

Hvilke deler av hjernen og omfanget av skaden vil avgjøre hvilke problemer pasienten får. Pasienten kan ha sensoriske utfall, motoriske utfall og kognitive utfall i ulik grad.

Motoriske utfall rammer cirka 80 % (Helsedirektoratet, 2010; Statens helsetilsyn, 1996). Ofte etter hjerneslag rammes pasienten av halvsidig lammelser av arm og bein, som oftest rammes også trunkus, samt ansiktsmuskulaturen. Lammelser i kroppsmuskulaturen kan gi balanse- og bevegelsesproblemer, i spisesituasjon kan dette gi vansker med å sitte oppreist og føre maten opp til munnen, og inn i munnen. Lammelser i ansiktsmuskulaturen, lepper og tunge kan føre til utydelig tale (dysartri) samt betydelig vansker med bearbeide mat og føre maten bakover mot svelget. Hvis en har dårlig leppe lukke har spytt, mat og drikke lett for å renne ut av munnen.

Ved et sensorisk utfall kan en få nedsatt overfladisk sensibilitet som fører til nedsatt smerte-, berørings- og temperatursans. Nedsatt dyp sensibilitet, leddsans eller stillingssans fører til nedsatt kontroll over ledd og bevegelsessegment. Hvis en i tillegg har lammelser kan dette forsterke balanse- og bevegelsesproblemene. Det kan oppstå sensibilitet forstyrrelse i en arm som kan føre til at han/hun får problemer med å avgjøre temperatur, størrelse, form eller struktur på det han holder i eller hvite hvor armen er til enhver tid. Dette kan skape problemer ved spising.

Synsbarken eller synsbanene kan også være skadet, dette kan medføre hemianopsi altså et halvsidig synsutfall. Som gjør at pasienten mister halve synsfeltene på begge øynene. (Statens helsetilsyn, 1996, Brodal, 2001).

Kognitive utfall også kalt de ”usynlige vanskene”. Som er et samlebegrep for de problemer pasienten kan få når kognitive prosesser rammes. Kognisjon beskriver tankeprosesser som involverer kommunikasjon, minne, innlæring, forståelse, oppmerksomhet. Når en person har hatt hjerneslag kan han/hun få problemer med flere typer kognitive funksjoner.

Kognitive følgetilstander etter hjerneslag er av større betydning enn sensoriske for å kunne klare seg selv, de vanligste symptomer er neglegt, rom og retningsvansker og apraksi (Wyller og Sveen 2002). Neglegt er redusert oppmerksomhet mot egen kropp og /eller rommet på den ene siden, som oftest den venstre (Helsedirektoratet, 2010).

Pasienten kan ha visuellneglegt som gjør at han/hun har vansker med å se ting eller deler av ting, som er plassert i venstre synsfelt. Ved kropps neglegt eksisterer ikke den venstre del av kroppen Forpasienten(Helsedirektoratet, 2010). I en spisesituasjon kan en slik vanske medføre at pasienten ikke finner maten eller drikken på bordet, de spiser kanskje bare av den ene siden av fatet, og

glemmer å bruke den affiserte armen under måltidet. Når en pasient har rom retningsvansker har han/hun problemer med å sette sammen delene til helhet og utføre handlinger i rommet, det kan være vanskelig å oppfatte forhold mellom egen kropp og rommet omkring, eller oppfatte oppfatning av kroppsdelene i forhold til hverandre, og det å forholde seg til høyre og venstre, Å bedømme avstand kan være vanskelig.

(Helsedirektoratet, 2010). I en spisesituasjon kan pasienten ha problemer med å bedømme avstanden til glasset når han/hun skal drikke, eller bomme på glasset når han/hun skal skjenke melk (Brodal 2001). Apraksi er vansker med å utføre viljestyrte handlinger hvor vanskene ikke skyldes manglende forståelse for oppgaven, lammelser eller nedsatt følelse i de muskelgruppene som brukes ved handling. (Reinvang og Sunde 1988). I spisesituasjonen kan disse pasientene være motorisk klossete, greier ikke håndtere bestikket, bruker skjeen til å skjære med og lignende. Pasienten kan og ha vansker med å planlegge å følge en naturlig rekkefølge under måltidet. Hvis pasienten ikke greier å utføre viljestyrte bevegelser med munnen på kommando kalles det oral apraksi. Dette kan mistolkes av personalet hvis pasienten ikke åpner munnen når skjeen holdes foran, de kan tro at pasienten ikke vil spise. (Westergren, 2003).

Det er også andre kognitive vansker som kan ha betydning for spisesituasjonen som agnosi, perservasjon, afasi og emosjonelle. Agnosi er sviktende evne til å kjenne igjen sammensatte sensoriske stimuli som en helhet selv om de primære sansefunksjonene er intakt (Helsedirektoratet, 2010). Vil nevne to typer agnosi som kan ha betydning for spisesituasjonen det er taktil agnosi, pasienten har normal berøringssans, men greier ikke å kjenne igjen en gjenstand hvis han /hun holder en kniv greier de ikke kjenne igjen kniven.

Oral agnosi kan pasienten ha vansker med å tolke og bestemme hva som skjer i munnen, når maten er ferdigtygget og hvor i munnen maten befinner seg. Ved perseverasjon har pasienten manglende evne til å skifte respons etter skiftende stimuli, pasienten fortsetter med samme respons, handling, selv om den er inadekvat (Brodal, 2001). Dette gjelder både hele handlinger og enkeltbevegelser. I en spisesituasjon vil kanskje pasienten bli sittende å gjenta samme handling for eksempel smøre og smøre på brødet eller fortsette å skjære over skiven når den er delt.

Mellom 20-30% av hjerneslagpasienter får afasi i en eller annen form (Helsedirektoratet,

2010: Fjertoft og Indredavik (2007). Emosjonelle vansker forekommer hos ca. 50% av pasientene etter hjerneslag. I følge Fure (2007) er angst, depresjon, umotivert gråt og latter, krisereaksjoner, impulsivitet, nedsatt initiativ og tretthet de vanligste vanskene. Andre utfall som kan påvirke spise situasjon er konsentrasjonsvansker og at man er lett distraherbar.

2.3 Kartlegging, behandling og det tverrfaglige team

Kartlegging, stimulering og trening ved dysfagi bør starte så tidlig som mulig. Dette er en utfordring for det tverrfaglige team. Den/de som har best kompetanse på området veileder de andre i teamet. Det er viktig å samordne det tverrfaglige samarbeidet hvor teammedlemmene informerer hverandre om sitt arbeid og sette opp felles mål i samarbeidet med pasienten. Når det er etablert en felles forståelse av pasientens problem og behov, og en felles strategi for hvordan den enkelte pasient best kan hjelpes vil informasjon og tiltak presenteres for pasienten som meningsfull helhet. Tverrfaglighet og oppbygning av tverrfaglig kompetanse stimuleres ved at de ulike yrkesgrupper samarbeider i praktiske situasjoner rundt pasienten. Hjelpen som gis avhenger av hvilke utfall pasienten har. Profesjonenes ulike faglige bakgrunn gjør at deres ansvar ligger på forskjellige områder. Dette gjør at pasientens problemstilling blir sett fra flere sider, og gir et bedre resultat av behandlingen. Hjelpen som gis avhenger av hvilke utfall pasienten har. Profesjonenes ulike faglige bakgrunn gjør at deres ansvar ligger på forskjellige områder. Dette gjør at pasientens problemstilling blir sett fra flere sider, og gir et bedre resultat av behandlingen.

Legens ansvar er å sette eller følge opp den medisinske diagnose og prognose, herunder en klinisk undersøkelse av svelgfunksjon. Det er og legens ansvar for eventuelt henvise videre til medisinske kartlegging på sykehus, for eksempel, videofluroskopi.

Logopeden har en sentral rolle både i klinisk vurdering av svelgfunksjon hos den enkelte pasient som undersøkelse av muskelfunksjon i lepper, kjeve, tunge, ganeseagl, larynxmuskelfunksjon og stemme, og behandling.

Fysioterapeuten undersøker blant annet postural kontroll, mimikk, oral sensomotorikk og respirasjon, og har hovedansvaret for opptrening av balanse / postural kontroll og sikring av god sittestilling ved måltid. Fysioterapeuten arbeider også med opptreningstiltak for

motorikken i ansikt og munnhule, samt respirasjon i samarbeid med logoped.

Ergoterapeuten kartlegger den kognitive funksjonssvikt m/ spesifikke undersøkelser. Hun har hovedansvaret for praktiske tiltak med kognitive utfall og for utprøving av aktuelle hjelpemidler.

Sykepleieren er de som er mest sammen med pasienten og bør kunne undersøke svelgfunksjonen med observasjon- og kartleggingsskjema, evt firefinger test. Sykepleierne har også hovedansvaret med å tilrettelegge måltidet og hygiene og munnstell.

Hjelpepleieren observerer, tilrettelegge måltider og hygiene og munnstell.

2.4 Ulike teoretiske perspektiver på tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er en krevende og viktig utfordring for alle oss som arbeider innen helse-, sosial og undervisningssektoren. Jeg vil ha en kort presentasjon av ulike perspektiver, som kan gjøre tverrfaglig samarbeid til en utfordring på ulike plan i arbeidet med en dysfagi pasient.

Når et tverrfaglig samarbeid ikke fungerer mener de i et sosialpsykologisk perspektiv at forklaringen kan søkes på individnivå. Det er enkeltpersoner som ikke fungerer og/eller som ødelegger. I en slik tenkemåte mener de at den enkeltes roller har stor betydning for hvordan samfunnet eller institusjoner fungerer.

«Rolle er en sosial posisjon som individer er i og som det knytter seg et sett av forholdsvis stabile normer og forventninger til, eller som man vil, visse formelle og uformelle regler om hvordan man skal oppføre seg» (Lauvås og Lauvås, 2001:66).

Det er gjennom rollefordeling komplekse organisasjoner kan realisere sine formål og mål. Det er hver enkel rolleinnhaver som skal forvalte organisasjonens resurser og utvikle den videre. I det tverrfaglige samarbeid finner arbeidsdeling sted ved at rolleinnhaveren forsøker å ivareta helheten i diagnostisering og behandling av pasienten. I det sosial psykologiske perspektiv betrakter en et tverrfaglig samarbeid på et mellommenneskelig plan med tanke på å finne fram til noen sentrale prinsipper for samarbeid ved å betrakte det som et interaksjonsfenomen mennesker mellom.

Men det er ikke nødvendigvis gitt at vanskene med å få tverrfaglig samarbeid til å fungere er forankret i rollene og relasjonene mellom dem.

« Samarbeid finner sted innenfor et sosialt system der ulike grupper og profesjoner Samhandler i organisasjonen. I tillegg virker organisasjonene selv med sin struktur og sine matrielle ressurser inn på betingelsene for slikt samarbeid» (Lauvås & Lauvås 2004: 83).

En annen teori som brukes for å se på tverrfaglig samarbeid er profesjonsperspektivet. De mener det tverrfaglige samarbeid finner sted innenfor et sosialt system der ulike grupper og profesjoner samhandler i organisasjonen. I tillegg virker organisasjonen selv med sin struktur og sine materielle ressurser inn på betingelsene for slikt samarbeid. De senere år har det vært en økning i antall nye profesjoner og yrkesgrupper som er blitt knyttet til arbeidet med diagnostisering og behandling. Og det har foregått en utbredt spesialisering innen de fleste av tradisjonelle yrkesgrupper. Systemet har vært lite forbredt på å ta imot dem, og har hatt en overfladisk kjennskap til hva disse gruppene kan bidra med. Flere av de nye yrkesgruppene som kommer inn i institusjonene og inn i det tverrfaglige samarbeid, mangler ofte en tydelig avklaring av hva målet med deres arbeid er. De vet ikke hvordan arbeidet deres skal avgrenses og tilpasses i forhold til de eksisterende profesjonene ved institusjonen (Lauvås & Lauvås, 2004).

“Vissheten om de privilegier en profesjon besitter, mangler eller arbeider for å oppnå, vil prege profesjonenes selvforståelse, holdninger og atferd i forhold til klienter og medarbeidere”. (Lauvås & Lauvås 2004:98).

Det nevnes ulike faktorer som kan virke inn på samarbeidet som verving av domener, autonomi, makt og innflytelse. Det kan ha negativ innvirkning på samarbeid når de ulike profesjonene er opptatt av, og ønsker å forsvare og vokte over grensene for sitt yrkes- og kunnskaps monopol. Samarbeid kan og virke truende på profesjonene. For at samarbeidet skal fungere bra, må de som jobber der ha forskjellige roller

I et organisasjons perspektiv ser man på organisasjonen som et sosialt system med bestemt struktur, fastsatte mål og formelle og uformelle maktsentre.

«Det sosiale systemet gir rammen for samspill og samarbeid mellom de som arbeider Der. Det legges begrensninger på samarbeidet mellom enkeltpersoner, fagpersoner og profesjoner men det åpnes også for muligheter» (Lauvås & Lauvås 2004:109).

Lauvås & Lauvås 2004 henviser til Reppestad 1983 og skriver følgende:

”i et organisasjons teoretisk perspektiv betraktes alle elementer, arbeidsoppgaver og yrkesfunksjoner i forhold til hverandre” (Lauvås & Lauvås 2004:109).

Det som er spesielt viktig i en organisasjon som denne teorien trekker frem i forhold til tverrfaglig samarbeid er organisasjonens mål, ideologi, ressurser, struktur, maktsentr, kommunikasjons veier og -måter.

I et kunnskapssosiologisk perspektiv mener de at den kunnskap profesjonene tilegner seg gjennom utdanning og sosialisering til yrket, skaper så store ulikheter i tenkemåter og virkelighetsforståelse at det medfører problemer for det tverrfaglige samarbeid. De ulike utdanningene er sektordelt, og hver profesjon har sin egen utdanningsvei.

2.5 Tverrfaglig samarbeid - profesjonell kompetanse

Den tradisjonelle måte å henvise til ulike kunnskapsformer og områder på blir ofte supplert med å bruke kompetanse begrepet for å fange et bredere spekter av grunnlag for profesjonell virksomhet. Når det på en måte ikke bare er nok å ha kunnskap om noe, men også vite noe om hvordan disse kunnskapene blir brukt i praksis er viktig.

Fra tidlig har profesjonsutdanningen vært veldig fokusert på profesjoners identitet og verdier, der samarbeid på tvers av profesjongrensene har vært liten. Til så og blitt mer og mer satt fokus på viktigheten av tverrfaglig samarbeid på ulike plan. I St.meld. nr. 40 (1990-

91) beskrives intensjonene i høgskolereformen med blant annet at det skal legges større vekt på samarbeid på tvers av eksisterende grenser mellom fag, utdanninger og høgskoler/universiteter. Dette politiske vedtaket var for å styrke studenters evne og vilje til å samarbeide på tvers av profesjongrensene og dermed øke evne og vilje til samarbeid på tvers av profesjongrenser og dermed øke kvaliteten i helse- og sosialvesenet (Rammeplan og forskrifter, 1998) For å initiere læring til samarbeid på tvers av profesjongrensene har politiske myndigheter i Norge innført en felles, generell innholdsdel i rammeplaner for all helse- og sosialfagutdanninger. Etter lov av 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 3-2 (2) kan departementet fastsette nasjonal rammeplan for enkelte utdanninger. Emner som kommunikasjon, konfliktløsning, etikk, vitenskapsteori og helse- og sosialpolitikk inngår i felles innholdsdel. Dette for å fremme det tverrprofesjonelle samarbeid. Dette skal være et samarbeid der ulike profesjoner deltar aktivt og gir sitt bidrag for å nå et felles mål.

Profesjonell kompetanse kan deles inn på ulike måter alt etter sammenheng. En kan skille mellom formell kompetanse og realkompetanse, mellom individuell kompetanse og fagmiljøers kompetanse. Eller ulike kompetanse ordnet etter oppgaver eller områder: sosial kompetanse, omsorgskompetanse, forskningskompetanse osv. og det er vanlig å skille profesjonsutdanningene mellom teori og praksis, med ulike kompetanse former knyttet til hvert av disse to områdene.

Skau(2011) mener at alle inndelingene har samme svakhet. De usynliggjør det personlige aspektet ved kompetanse. Særlig når det gjelder arbeidet med mennesker, er dette uholdbart. For slikt arbeid

«handler grunnleggende om møter mellom mennesker. Og mennesker er 'helt', med sine behov, sitt intellekt og sine følelser. Arbeid med mennesker er en virksomhet som både har faglig og personlige aspekter, og som innebærer relasjoner til dem en arbeider med. Den tradisjonelle teori- og praksistenkningen fanger ikke inn helheten i dette (Skau 2011: 58).

Skau har delt inn kompetansebegrepet i tre aspekter: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Disse tre henger nøye sammen, påvirker hverandre og er avhengig av hverandre. Dette har hun illustrert gjennom en modell kalt kompetansetrekant. Illustrasjonen er en trekant, der sidene inneholder henholdsvis: teoretisk kunnskap,

yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Teoretisk kunnskap er personens faktakunnskaper og allmenn, forskningsbasert viten. Her inngår både kunnskaper om det våre fag rommer, og kunnskaper som er relevant for utøvelse av dem. Teoretisk kunnskap foreldes hurtigst og må stadig fornyes. I forhold til dysfagi kan dette være kunnskap om anatomi i ansikt og svelg, svelgfunksjon og årsaker til svelgevanskene og lignende. Denne kunnskapen tilegner vi oss på ulike måter, vi kan lese oss til den og ta en eksamen i et bestemt emne. Denne kunnskapen er upersonlig og allmenn. Tradisjonelle akademiske miljøer og utdanningsinstanser setter slik kunnskap høyt. Vi trenger den for å tilegne oss fagkunnskap.

Yrkesspesifikk ferdigheter er ferdigheter som er profesjonsspesifikk, det kan være metoder, teknikker og praktiske ferdigheter som særpreger et bestemt yrke. Det kan være utdeling av medisiner, bake en kake, re senger, snekkre og lignende. De erfaringer vi lærer i praktisk arbeid.

”Personlig kompetanse handler om hvem vi er som person, både overfor seg selv og i samspillet med andre” (Skau 2011: 60).

Det er en kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter som vi har opparbeidet, eller lært som vi mer eller mindre intuitivt tilpasser i ulike profesjonelle sammenhenger.

Hvilke sider ved den samlede profesjonskompetansen det har blitt lagt mest vekt på, har variert over tid og innen ulike typer utdanninger. Hver enkelte profesjonsutøver har kan også ha stor variasjoner i sin kompetanse. Noen er flinke praktikere mens andre er teoretikere. I et team på et rehabiliteringssenter er det viktig at de ulike profesjonene er bevisst sin egen kompetanse, hva en kan bidra med i en aktuell situasjon og grensene over til de andre profesjoners funksjon og arbeidsoppgaver. Ved en kartlegging av optimal sittestilling for en pasient under et måltid med dysfagi, er både logoped og fysioterapeut med for å finne optimal sittestilling og hodekontroll. Fysioterapeuten bruker da sin kunnskap om muskel funksjon og logoped sin kunnskap om svelgfunksjon og til sammen finner de den stilling som vil fungere best for denne pasientens vansker. Til sammen skal de som deltar ivareta helheten, til det beste for pasientene som trenger profesjonell hjelp. Det er viktig at

profesjonene ivaretar de oppgaver som de er utdannet til i sin yrkesrolle, hvis ikke kan samarbeidet bli fellesfaglig (Willumsen, 2009). Dette er ikke ønskelig i et tverrfaglig samarbeid, da det er den enkelte profesjonelles kompetanse som til sammen gir et godt og ønsket tilbud til tjenestemottakeren.

Willumsen (2009) bruker flere begreper om kompetanse. Den kompetansen den enkelte profesjonelle innehar omtales som kjernekompetanse og er den spesifikke kompetanse hver profesjon skal besitte. På et rehabiliteringssenter finnes det også en overlappende kompetanse, og det er den kompetanse flere profesjoner deler og som ikke er profesjonsavhengig. I tillegg finnes det også felleskompetanse på en del områder. Felleskompetanse blir til gjennom samarbeid over tid. Dette kan være ulike ferdigheter, begreper og språk. Willumsen (2009) skriver også om spisskompetanse som en del av kompetansen i det tverrfaglige samarbeid. Med dette mener hun en spesifikk kompetanse. Dette kan være en sykepleier med videreutdanning innen veiledning, en kompetanse det er viktig å vektlegge og inkludere i det tverrfaglige samarbeidet. Alle profesjonene tar med seg ett sett av primæroppgaver inn i det tverrfaglige samarbeidet.

I tillegg har de ulike profesjonene fellesoppgaver som løses. utfordringen i samarbeidet blir å balansere bidragene til de ulike profesjonene på en slik måte at resultatet opp mot pasienten blir bedre enn om hver enkelt profesjon alene yter helsehjelp.

2.6 Holdninger/verdier

Når en arbeider tverrfaglig arbeider en med ulike mennesker med ulike yrkesbakgrunn, ulike livserfaringer og menneskesyn, som gjør at en har ulike holdninger og verdier. Når en skal arbeide sammen med eller med mennesker er holdningene og verdiene vi har viktige for handlingene våre, altså det vi gjør. I teorien inneholder holdninger tre komponenter en kunnskapsdel, en følelsesmessig del og en handlingsdel. Holdninger er et innlært atferdsmønster som gjør at individet reagerer forutsigbart på mennesker, ting eller hendelser. (Jensen, 2002) Hvis vi tenker hvordan de ulike profesjonene vil være overfor en pasient med dysfagi, så vil våre handlinger bli påvirket av hvilke kunnskaper vi har om emnet. Hvilke følelser som utløses føler vi empati eller føler vi at pasienten er en byrde. Den bakgrunn og de verdier vi har, vil være med på å påvirke det arbeidet vi gjør med en pasient

med dysfagi.

En verdi er en holdning eller en oppfatning vi har av at noe er ønskelig, dvs. at vi har en klar forestilling om at det bør være slik. Vår atferd styres av verdier og verdier er ordnet i et hierarki. Dette betyr at noen verdier er viktigere for oss enn andre. Verdier styrer hva vi mener er moralsk rett og galt. Verdier er det vi verdsetter og det som motiverer oss. Våre grunnleggende verdier dannes i oppveksten. Opp gjennom oppveksten er det familie og slekt, samt nærmiljøet som preger oss, ved at vi modellerer det de sier og gjør.

Etter hvert når en når voksen alder, har en fått en del livserfaring. Det er når en er voksen en kan sette spørsmålstegn ved verdiene du vokste opp med og konsekvensene av disse. Du kan begynne prosessen med å forme egne, personlige verdier. Møte med nye omgivelser vil ofte påvirke din virkelighetsforståelse og en vil ta opp andre kollektive verdier enn dem en lærte i oppveksten.(Jensen 2002).

I en arbeidssituasjon vil en sykepleier kanskje fokusere mer på omsorg og vil legge fokus på næring, mens logopeden er mer opptatt av hvilke funksjoner som svikter i svelgprosessen.

De to måter å tenk gjennom tverrfaglig samarbeid og diskusjon, vil disse ulike profesjonene kunne utveksle synspunkter og erfaringer. Måten vi tenker på endrer seg etter hvilke erfaringer vi gjør. Vi blir hele tiden påvirket av erfaringer, refleksjoner med kolleger og tanker i tid. Vi har alle vår idealer og forestillinger om hva som er den beste måten å utføre arbeidet på, dette formes bevisst og ubevisst i samspillet med omgivelsene. Det er stadig nye teorier og idealer som vi lett tar del i og vil prøve. Hver enkelt profesjon i det tverrfaglige team bør derfor bli mest mulig bevisst på hvilket verdigrunnlag man styrer etter eller blir styrt av, og kanskje av og til vurdere og tenke over hva som styrer vårt arbeid. Gjennom et godt tverrfaglig samarbeid vil logopeden og sykepleieren etter hvert se viktigheten av begge sitt arbeid med pasienten, og finne den beste løsningen.

Hver arbeidsplass danner egen kultur, det vil si en praksis bygd på verdier og normer. Det dannes en virkelighets oppfatning om hva en oppgave går ut på, hva som er viktig og mindre viktig. Det dannes uskrevne regler for atferd som oppfattes som gode eller uhensiktsmessige.

Hvilke verdi grunnlag kulturen på arbeidsplassen vår er bygd opp på, vil prege vårt arbeid

overfor pasientene. I følge Linge m.fl. (2011) er det ofte lite debatt om verdigrunnlaget på mange arbeidsplasser. Hun mener videre at faren med å hoppe over en verdidebatt, trenger ikke de rådende verdier og normene å være hensiktsmessige. Faren er at en ubevisst holdning til verdigrunnlaget er at de forstår pasientens situasjon forskjellig og i verste fall motarbeider hverandre. Det kan medføre at samhandling blir vanskelig eller at tiltakene spriker i ulike retninger, og det er vanskelig å bli enige om hva en prioriterer de er også opptatt av hvilke holdninger og atferd som skaper godt samarbeidsklima. Skal man få tverrfaglighet til å fungere, må man arbeide med denne arbeidsformen bevisst.

«Diskusjoner rundt verdigrunnlag og oppgaver om og om igjen, og det må utvikles en kultur hvor ulikheter og mangefold ses som en styrke» (Linge m flere, 2011:206).

Vår atferd kan virke fremmede eller hemmende på vårt samarbeid, erfaring viser at det med felles verdigrunnlag øker mulighetene for at et samarbeid i teamet skal fungere. Målet med rehabilitering er verdighet og deltakelse. Hvis ikke personalets atferd preges av respekt og verdighet overfor hverandre i teamet. Vil det å påvirke vår samhandling med pasientene.

Mener man for eksempel at mennesker er likeverdige, og at mennesker skal møtes med respekt, må det gjenspeiles både i møte med pasienten og i møte med samarbeidspartnere.

Linge m. fl. (2011) hevder at disse verdiene og normene (måten å tenke på) må være tilstede og drøftes jevnlig blant personalet, det forutsetter at alle i det tverrfaglige team verdsetter disse verdier.

2.7 Kommunikasjon

I følge Hummelvoll,(2012)I samhandling mellom mennesker, er kommunikasjon en forutsetning. Et budskap har alltid en innholdsmessig funksjon, men også en relasjonell funksjon, den rasjonelle delen om hvordan budskapet formidles og her står det nonverbale språket vårt sentralt. Kroppsholdning, mimikk, øyekontakt osv. er alle symboler som uttrykker meninger, tanker, opplysninger og erfaringer. Derfor vil evnene til å se og tolke disse symbolene være viktig i relasjonelt arbeid. Dette stiller krav til de ulike profesjonenes evne til empati, til å forstå og oppfatte den andres verden uten å skulle overta denne verden. Også evnene til å lytte er fundamentet i det tverrfaglige samarbeidet.

”Kommunikasjon er selve limet i alt samarbeid” (Willumsen, 2009: 59).

Willumsen (2009) hevder at god kommunikasjon avhenger av hvordan de profesjonelle utveksler informasjon seg imellom, og hva som eventuelt skjer hvis viktig informasjon Holdes tilbake. Når en skal skape et godt tverrfaglig samarbeid vil det etter all sannsynlighet Kunne være mye å hente på å ha gode rutiner for kommunikasjon i de team som samarbeider, som kan oppnås med relative enkle grep.

I følge Lauvås og Lauvås (2004) har kommunikasjonsprosessen to oppgaver i det tverrfaglige samarbeid. Det ene er det faglige aspektet og arbeidsmessige aspektet. Her integrerer man faglig kunnskap ved å gi relevant informasjon til de rette personene. Et annet ord for denne siden er

”kommunikasjon er et redskap for å virkeliggjøre målene” (Lauvås og Lauvås, 2004:178).

Den andre oppgaven er å bidra til en sosial samhandling mellom deltakerne. For at avdelingen skal fungere som en sosial enhet, må de ansattes holdninger, normer og atferd tilpasses. Disse to punktene henger sammen, flyter over i hverandre og er begge deler i kommunikasjonsprosessen i det tverrfaglige samarbeidet (Lauvås og Lauvås, 2004).

Skau (2011) tematiserer den kommunikative kompetanse, hun bruker også her

kompetansetrekanten som illustrasjon.(Skau 2005). Teoretisk kunnskap handler om å ha kjennskap til begrepet, modeller og teorier om kommunikasjon. Et teknisk-metodisk aspekt altså tekniske ferdigheter i kommunikasjon, som aktiv lytting, bruk av ”jeg”- budskap, ”matching” og andre metodiske redskaper. Dette har et personlig aspekt der vi fremstår som kommuniserende personer, med personlige væremåte slik den ytrer seg i samspill med andre. Skaus kommunikasjons modell inneholder også det vi kan kalle vår personlige kunnskap om kommunikasjon, viten og forståelse hvor teoretisk kunnskap og bearbeidet livserfaring flyter sammen til kommunikativ helhet. Hun mener at disse tre aspektene kan spille på lag og støtter opp om hverandre. Samtidig kan de tre aspektene også virke motsatt, de kan undergrave hverandre som når vår styrke på et område hemmes av svakheter på et eller flere områder. For eksempel vår faglige kunnskap kommer ikke frem dersom vi ikke tør formidle den i gruppa. Her hemmes den kommunikative kunnskapen kanskje av den personlige kompetansen.

3.0 Metode

Jeg ønsket å få fram en så helhetlig beskrivelse som mulig av et fenomen. Mitt utgangspunkt var å få frem alle individuelle variasjoner og forståelsen om fenomenet, samtidig finne likheter.

Studiet har til hensikt å undersøke på hvilken måte det interne tverrfaglige samarbeidet er i en rehabiliteringsprosess kan være hensiktsmessig i arbeidet med dysfagi. Studiet har en kvalitativ tilnærming og innsamling av data foregår i form av kvalitativ intervju.

Kirsti Malterud (2003) forklarer at:

« Kvalitative metoder er forskningsstrategier, som egner seg til beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper(kvalitativ) ved de fenomener, som skal studeres. Materialet består av tekst, som representerer samtale eller observasjon, mens de kvalitative metoder bygger på tallmateriale.» (jamvedt 2007:108).

Kvalitative studie designs har derfor til formål og øke våres innsikt og belyse hvordan vi opplever et fenomen. Nye beskrivelser og nyanser kan øke våres innsikt og forståelse mere en det kan veies og måles. Herved kan man eventuelt finne sammenhenger gjennom en vitenskapelig måte (Jamtvedt 2007). Via kvalitativt intervju vil jeg høre hva som karakteriserer dette samarbeidet omkring en pasient med dysfagi og om informantenes tanker, holdninger/verdier og kompetanse på emnene om tverrfaglig samarbeid og dysfagi.

I følge Postholm (2010) vil en kvalitativ forsker nærme seg sin forskning med utgangspunkt i et verdenssyn. Det vil si at som forsker har en med seg et sett av antagelser eller et syn på verden som styrer eller rettleder deres forskning.

3.1 Fenomenologi

I følge postholm (2010) eksisterer det en mengde ulike inndelinger og henvisninger på kvalitative tilnærminger. Jeg har valgt å bruke en fenomenologisk tilnærming. I følge Postholm (2010) er studier som beskriver den meningen mennesker legger i en opplevelse knyttet til en bestemt erfaring av et fenomen et fenomenologisk studie. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver det slik:

”Når det er snakk om kvalitativ forskning, er fenomenologien mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkelighet er den mennesket oppfatter” (Kvale & Brinkmann 2009:45).

Innen fenomenologiske studier kan en skille mellom sosiologisk og et psykologisk, individuelt perspektiv. I et sosial- fenomenologisk tilnærming forsker en på en gruppe mennesker mens i en psykologisk fenomenologi står individet i fokus. Målet med en slik forskning, er å høre enkeltmenneskers opplevelse, samtidig prøver forskeren å finne ut hvordan erfaringene av det samme fenomenet oppleves av flere individer. (Postholm 2010). I et fenomenologisk perspektiv der man er interessert i å få tak i informantens egne erfaringer, tanker og følelser, er vanligvis intervju måten å samle inn data på best egnet (Postholm 2010).

3.2 Kvalitativt intervju

For å innhente data har jeg valgt å bruke kvalitativt intervju. Det som kjennetegner et intervju er at informant og undersøger prater sammen i en vanlig dialog. Intervjuet foregår vanligvis ansikt til ansikt, men kan og foregå via telefon og Internett. Den dataet som i denne studien samles inn, er i form av ord, setninger og fortellinger. Undersøger kan notere eller ta lydopptak av det informanten sier. Et intervju kan inneha ulike grader av åpenhet. Det kan foregå som en samtale uten noen form for begrensninger eller det kan være mer strukturert med mer eller mindre styring av intervjuer (Jakopsen, 2005).

I fenomenologiske studier er intervju den eneste datainnsamlingsstrategien som kan tas i bruk (Postholm 2010). Derfor var kvalitativt intervju et naturlig valg jeg ønsket som sakt å gå i dybden med informantene, og få tak i deres livsverden. Det ble brukt en semistrukturert intervjuform. Det vil si at det ble brukt en intervjuguide der spørsmålene var nøye vurdert på forhånd, og temaet var delvis kontrollert. Et semistrukturert livsverdenintervju blir brukt når temaer fra dagliglivet skal forstås fra intervjupersonens egne perspektiv. Her søker en å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2012).

3.3 Utvalg

Det er ulike meninger om hvor mange informanter som bør intervjues. I et fenomenologisk studie i følge Posholm(2010) er det i mindre forskningsstudier mest tjenelig med tre til ti personer, en må se det i forhold til omfang og tidsrammer.

I følge Dalen (2004) er valg av informanter et viktig tema innenfor kvalitativ forskning. Antall informanter kan ikke være for stort fordi gjennomføringen og bearbeidingen av datainnsamlingen vil være en tidskrevende prosess. Samtidig må materialet være av slik kvalitet at jeg får tilstrekkelig grunnlag for tolkning og analyse. Jeg foretok et prøveintervju og sju intervju.

På bakgrunn av egenskaper eller kvalifikasjoner som er relevant for min problemstilling ble informantene plukket ut til intervju, dette kalles ifølge Thagaard(2009) et strategisk utvalg. De egenskapene jeg var ute etter var ulik fagkompetanse. Jeg gjorde forskningen på egen arbeidsplass så informantene ble derfor spurt direkte om de ønsket å være med. Da jeg hadde bestemt meg for dysfagi og tverrfaglig samarbeid som tema til oppgaven, tenkte jeg at denne kunnskapen ville jeg innhente hos de ulike faggruppene for å få deres erfaringer, vurderinger og meninger om tema. I utgangspunktet hadde det vært ønskelig å intervjuet hele personalgruppa, men på bakgrunn av oppgavens omfang og en begrenset tidsramme innså jeg at det ble for omfattende. Informantene er en fysioterapeut, lege, ergoterapeut, sykepleier, hjelpepleier og en fra ledelsen.

3.4 Intervjusituasjonen

Alle sju informantene ble intervjuet på arbeidsplassen, på mitt kontor. Dette var et naturlig sted som informantene kjente godt. Alle Intervjuene varte mellom ca tre og fire kvarter, og alt ble tatt opp på digital opptaker. Intervju guiden sørget for at de sju intervjuene fulgte samme fremgangsmåte, samtidig ble det lagt til rette slik at informantene kunne komme med andre innspill innenfor temaet. Intervjuguiden har gjort arbeidet med å kode og analysere de transkriberte dataene enklere, fordi de 22 spørsmålene har hatt samme rekkefølge i samtlige intervju. Prøvde i intervjusituasjonen å inneha en lyttende posisjon. Lot

informanten prate ferdig før jeg stilte nye spørsmål.

Thagaard (2009) mener den sosiale interaksjon mellom forsker og informant vil prege kunnskap og forståelse som kommer fram i intervjusituasjonen og intervjuets forløp reflekterer den settingen som konstrueres av forsker og informant i fellesskap.

Som kollega har jeg kjennskap til deres bakgrunn. De er trygge på meg, og de har kjennskap til meg og vi slipper å bruke tid på å bli kjent. Et godt utgangspunkt for et vellykket intervju, er i følge Thagaard (2009) at forskeren har satt seg godt inn i informantens situasjon. Jeg håper at min rolle som kollega hjelper meg til å få god kontakt og ærlige svar fra informantene mine.

3.5 Transkribering

Intervjuene er tatt opp på bånd. Jeg har transkribert intervjuene i sin helhet direkte etter gjennomføring av intervjuene, for deretter å slette opptakene. Intervjuene ble anonymisert og informantene gitt nummer etter rekkefølge på intervjuene. I analysen er informantene gitt fiktive navn i alfabetisk rekkefølge etter plassering. Kjønn har ikke vært styrende for valg av informanter og vil ikke være et sentralt tema i undersøkelsen.

«Transkribering innebærer en oversettelse fra muntlig til skriftlig språk. Det gjør noe med meningsinnholdet. Det ordrette transkriberte muntlige språket kan således framstå som usammenhengende og forvirrende. Det kan derfor være hensiktsmessig å gjengi uttalelsene med en mer sammenhengende språklig form når hensikten er å få fram et generelt inntrykk av informantenes synspunkter» (Kvale, 1997: 107).

Jeg har derfor gjort enkelte omformuleringer og fortetninger. Dialekt er reformulert til bokmål, slik at det skal være vanskeligere å gjenkjenne informantene. Det handler imidlertid om små justeringer, innholdet som sådan er uendret. Jeg skrev ikke ned alle pauser og utsagn som ikke var meningsbærende, som for eksempel latter, kremting og lingnende. fortetninger

3.6 Analyse av intervjuene

”I en fenomenologisk analyse prøver forskeren å klarlegge meningen, strukturen og essensen av det erfarte, opplevde fenomenet” (Patton, 2002 i Postholm 2009 : 98).

Analyse handler om å beskrive, systematisere, kategorisere og sammenbinde det innsamlede Datamaterialet, for så kunne tolke det (Kvale & Brinkmann, 2009). I kvalitative analysearbeid Starter en allerede analysen med det første intervjuet og vil prege de oppfølgings spørsmål Som stilles på bakgrunn av de tolkningene en gjør underveis.

«Data innsamling og data analyse er gjentatte og dynamiske prosesser»(Postholm 2010:86).

Det er likevel når all datamaterialet er samlet inn at hoveddelen av analysen skjer.

For å redusere datamaterialet, og gjøre det mer oversiktlig og forståelig har jeg valgt å bruke en deskriptiv analyse. Det innebærer at datamaterialet blir kategorisert. Jeg hadde på forhånd tenkt ut kategorier som jeg ønsket å snakke om med informantene, disse kategoriene ble satt opp i intervjuguiden. Disse kategoriene er som følge: Tema dysfagi, tema tverrfaglig samarbeid, dysfagi og tverrfaglig samarbeid, holdninger og verdier og syn på rehabilitering.

Først ble teksten transkribert i sin helhet, så ble det foretatt en meningsforetting som er i følge Kvale & Brinkmann(2009) en forkortelse av intervju personens uttalelser til kortere formuleringer. En meningsforetting består av fem trinn. Det første man gjør er å lese gjennom hele intervjuet for å få en følelse av helhet. Så blir de naturlige ”meningsenhetene” bestemt av forskeren. Det tredje trinn er å uttrykke temaer som dominerer den naturlige meningsenheten, så klart som mulig. Forskeren bør her være nøytral, prøve å fremstille intervjupersonens synsvinkel så godt som mulig. I fjerde trinn undersøkes meningsenheten i forhold til meningsundersøkelsens formål. På det femte trinn blir de viktigste emnene i intervjuet bundet sammen i et diskriptivt utsagn. (Kvale & Brinkmann, 2009).

«For en fenomenologisk basert meningsforetting er det svært viktig at man får rikholdig og nyanserte beskrivelser av fenomenet som skal undersøkes i intervjupersonens dagligspråk» (Kvale & Brinkmann 2009:

Neste skritt i analysen var å koble enhetene og de ulike kategoriene. I denne prosessen oppnår en mulighet for å koble sammen informasjon om ulike kategorier det vil si oss noe om sammenhengen mellom kategoriene. Det ble laget et skjema med de ulike svarene under de ulike kategoriene. Slik at det ble lettere å sammenligne svarene fra informantene. De erfaringer og opplevelse eller subjektive, individuelle teorier forskeren bringer med seg inn i analyseprosessen vil farge analysen. (Postholm 2010). Derfor vil denne analysen være preget av min person og den måten jeg har valgt å analysere på. Resultatet er derfor ingen objektiv sannhet, men vil kunne variere etter den som står for gjennomføringen.

3.7 Reliabilitet

Reliabilitet refererer vanligvis til om resultatenes pålitelighet, om resultatet kan reproduseres på andre tidspunkt og av andre forskere. (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er flere ting som kan være med å påvirke selve resultatet. Selve undersøkelsesmåten kan påvirke resultatet. I intervjusituasjonen ble det brukt digital lydopptaker og all data ble nøyaktig transkribert, dette er en viktig forutsetning for god reliabilitet. Det ble brukt samme intervjuguide ved alle intervjuene. Det å bruke ledende spørsmål kan påvirke reliabiliteten, fordi dette kan påvirke svarene informantene gir. Det er ikke brukt ledende spørsmål i intervjuguiden, men det ble av og til under intervjuene naturlig å stille oppfølgingsspørsmål for å få utdypet noen svar. Disse oppfølgingsspørsmål spørsmålene kan ha vært ledende, og noen kanskje er med å påvirke analysen. Hvis en kan se dette fra en annen side kan disse oppfølgingsspørsmål av informantenes uttalelser kanskje styrke reliabiliteten, fordi meningen min var å få bekrefte at deres rette mening kom frem. De som undersøkes, påvirkes av undersøkeren, samtidig som undersøkeren påvirkes av de relasjonene som oppstår i selve datainnsamlingsprosessen. Samtalen med informanten formes både i stil og innhold av partene som deltar (Jakobsen, 2005). Har intervjusituasjon prøvd å opptre strukturert, klar, vennlig, følsom, åpen for at informanten skal bli trygg på meg. Å vurdere egen innsats er vanskelig i forhold til denne type egenskaper. Å ha lite erfaring med å intervju, kan tenkes å påvirke reliabiliteten som for eksempel nervøsitet, uoppmerksomhet, manglende nøytralitet eller feiltolkninger av uttalelser (Kvale og Brinkmann, 2009).

3.8 Validitet

Med validitet tenker en på forskningens gyldighet (Thegaard, 2009). Det dreier seg om metoden undersøker det dens intensjoner er å undersøke. Et kriterium for validitet at fortolkningene av utsagnene er rimelig dokumentert og logisk konsekvent (Postholm, 2010). Forskningens validitet dreier seg om hvor gyldige resultatene er, og om i hvilken grad metoden undersøker det den er ment å undersøke (Kvale og Brinkmann, 2008).

Jeg vil drøfte validiteten ut fra forskerrollen – forskningsopplegget og datamaterialet Dalen (2004). Min rolle som forsker kan ha betydning for validiteten i prosjektet (Dalen, 2004). Dalen bruker begrepet subjektivitet, hun legger vekt på at forskeren bør beskrive tilknytningen til fenomenet som undersøkes.

Min forståelse må ses i forhold til min kunnskap om, og erfaringen med de ulike profesjoners sitt arbeid med dysfagi og tverrfaglig samarbeid som er tilegnet gjennom lang erfaring, forelesninger, studier av faglitteratur, praksisperioder og diskusjoner med ulike profesjoner. Jeg har opparbeidet meg en fagkompetanse men har ikke den fulle oversikt over de andres kompetanse og har derfor vært bevisst på min forståelse kan mangle perspektiver på dette feltet. Jeg har fra første stund vært bevisst på at min nærhet til feltet kan være kilde til subjektivitet i fortolkning av resultatet. Det som preger det kvalitative intervjuformen er samspillet mellom mennesker, da er det en forutsetning at det oppstår intersubjektivitet mellom forsker og informant (Kvale & Brinkmann, 2008). Thagaard (2006) mener at relasjonene til informantene bør basere seg på åpenhet og felles forståelse for at informasjonen skal være preget av gyldighet. I intervjusituasjonen har jeg lagt vekt på å være rolig la informanten få god tid til å svare, slik at han/hun har fått god tid til å svare. Jeg valgte å notere stikkord underveis. Jeg brukte digital opptaker i gjennomføringen av intervjuene. Opptakene ble lastet på pc før transkriberingen. Lydopptakeren var av god kvalitet som gjorde at lydopptakene var gode som igjen bidro til nøyaktige transkriberinger. Jeg har lagt vekt på å bruke mye tid på å gjengi de ulike informantenes utsagn så nøyaktig som mulig.

Validitet i forhold til forskningsopplegget vil si validitet i utvalg og i den metodiske fremgangsmåten. Valg av informanter vil ha betydning for forskningens validitet om resultatet er generaliserbart, altså om hvorvidt resultatet kan overføres til andre grupper av

utvalg (Dalen,2004, Kvale & Brinkmann, 2009). Informantene i undersøkelsen består av sju ulike faggrupper som har varierte erfaringer om emnet. Alle informantene var fast ansatt ved sentret, og hadde fulltidsstillinger. Et tverrfaglig tema på et annet senter vil kanskje ikke hatt samme faggruppene eller like mange faggrupper, som gjør at svarene hadde blitt helt forskjellig. Dersom jeg hadde intervjuet flere innenfor de ulike profesjonene kunne jeg fått et videre spekter, og flere og sammenligne svarene med. Men dette ville tatt for lang tid.

Validiteten av det metodiske arbeidet med datainnsamlingen vil avhenge av hvordan metoden er tilpasset målene, problemstillingen og den teoretiske forankringen i undersøkelsen. Valg av kvalitativ intervju som metode ble gjort på bakgrunn av min problemstilling, jeg ønsket å få frem den enkelte informants holdninger og oppfatninger. Åpne individuelle intervjuer egner seg godt til å få fram enkeltindividets fortolkninger av et eller annet fenomen (Jakopsen, 2005). Arbeidet med intervjuguiden har vært nøye i samarbeid med min veileder. Alle intervju og transkribering ble gjennomført av meg selv. I følge Dalen,(2004) hvis flere personer er med på utføre intervjuene, og transkribere og tolke dem, uten felles forståelse, eller opplæring, kan det svekke validiteten. I denne studien har det kun vært meg selv og min veileder, som tilsier en økt validitet. Relevant teori er blitt plukket ut fra min problemstilling og analyse av det innsamlede datamaterialet. Tolkninger av dette materialet er basert på informantenes refleksjoner og uttalelser.

3.9 Generaliserbarhet

Hvis intervjuundersøkelsens resultater vurderes som rimelig pålitelige og gyldige, kommer spørsmålet om resultatene er av lokal interesse eller og de kan overføres til andre intervju personer og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). I en fenomenologisk tilnærming er det ikke snakk om en direkte overføring eller generalisering fra en situasjon til andre lignende situasjoner (Postholm 2005). Det er i dette prosjektet blitt intervjuet sju personer med ulik faglig bakgrunn, på et bestemt rehabiliteringssenter. Det å ha få informanter gir et begrenset empirisk utvalg. Dette begrenser på ingen måte deres tanker og erfaringer, men kan være et problem i forhold til overførbarhet og generaliserbarhet. Funnene i undersøkelsen kan ikke automatisk generaliseres ved at de har samme tanker og erfaringer men en kunne kanskje anta at noen ville kunne identifisere seg med noen av svarene som kom fram i studiet.

Jeg vil likevel påstå at det er noen generaliserbare trekk. Da med tanke på de svarene informantene ga. Denne undersøkelsen representerer subjektive opplevelse hos informantene. I denne prosessen har jeg funnet frem teori som kan belyse deres opplevelse. Teorien indikerer at deres opplevelse kanskje ikke er så unike.

Resultatet fra denne undersøkelsen lar seg imidlertid ikke overføres i målbar forstand og det har heller ikke vært min intensjon. Materialet er blitt analysert og tolket ut fra relevant teori. Så vil det være opp til leseren å vurdere hvor generaliserbar det er. Min intensjon med dette vil være å øke leserens forståelse og bevisstgjøring omkring dette tema. De vil kanskje sitte igjen med ny innsikt og kunnskap om emnet dysfagi og tverrfaglig samarbeid.

3.10 Etske refleksjoner

I 2001 ble det meldeplikt for prosjekter som omfatter personopplysninger som behandles med elektroniske hjelpemidler. Prosjekter som inneholder sensitive opplysninger er underlagt konsesjonsplikt (Dalen, 2004). På bakgrunn av dette ble det i prosjektets startfase sendt inn et utfylt meldeskjema til Datafaglig sekretariat som er knyttet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg nr.4) med kopi av informasjonsskriv, samt intervjuguiden.

I den videre forskningsprosessen ble det tatt hensyn til Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (NESH, 2006). Dette er formulerte krav og retningslinjer for etiske forpliktelser som enhver forsker må ta hensyn til i forskningsprosessen. Disse retningslinjene har vært mitt utgangspunkt for etiske drøftinger før, under og etter prosjektprosessen. De punktene som er mest relevante for dette studiet er: Forskningens verdi, vitenskapelig redelighet, krav om samtykke, krav om respekt og integritet, frihet og medbestemmelse og krav om konfidensialitet.

Dalen (2004) påpeker viktigheten av at alle informantene må få tilstrekkelig informasjon vedrørende samtykke, undersøkelsens tema og problemstilling og konfidensialitet. Da kontakten med informantene var etablert, fikk de utlevert et informasjonsbrev og samtykkeskjema (Vedlegg nr.2). Her redegjør jeg for oppgavens tema, prosedyrer for

handtering av data, samt informantens rettigheter til å trekke seg.

Jeg har vektlagt anonymisering av navn, og det transkriberte materialet er kun merket med tall og dato. Alle uttalelser som benyttes i oppgaven blir referert i bokmål for å hindre gjenkjenning. Forskningsmaterialet (opptak, transkribering og notater) har vært nedlåst under prosessen, og vil bli tilintetgjort etter masteroppgavens innlevering.

Forskningens mål om å vinne ny innsikt må ikke gå på bekostning av enkeltpersoner sin integritet (Befring 2010). Jeg vil være mitt ansvar bevisst og har gått varsomt fram i forhold til introduksjon, saklighet og formaliteter.

4.0 Presentasjon av funn

Funnene vil bli presentert under temaene dysfagi, tverrfaglig samarbeid, dysfagi og tverrfaglig samarbeid, ulike holdninger, hva legges i begrepet rehabilitering.

Informantenes svar er gjennomgått og blir presentert sammen under de forskjellige temaene. Intervjuet er ikke direkte overskrevet i oppgaven, pga. fylde i oppgaven, samt vedtanke på og ivareta informantenes anonymitet. Det tas utgangspunkt i de mønstrene som går igjen i svarene hos informantene, hvor disse blir trukket frem. Der det foreligger betydningsfulle ulike forståelser blant informantene, blir det også trukket frem og belyst.

Sju kvalitative intervjuer ble utført, av sju informanter fra seks forskjellige profesjoner.

Informantene tilhørte et samlet team på et rehabiliteringssenter. Teamet besto av en fysioterapeut (fys), en lege, en ergoterapeut (ergo), to sykepleiere (hvor den ene var nyutdannet), en hjelpepleier og en fra ledelsen (utdannet ergo). Funnene i studiet er fremkommet med utgangspunkt i intervjuundersøkelsene og presentasjonen av funnene er et resultat av egne fortolkninger av informantenes fortellinger.

Via et semistrukturert kvalitativt intervju, var målet å få besvart forskningsspørsmålene i studiet. Hvilket innebærer og finne ut av hvilken kompetanse og holdninger informantene har om emnet, tverrfaglig samarbeid omkring en dysfagipasient.

4.1 Tema dysfagi

Under temaet dysfagi, var hensikten å få et innblikk i de ulike profesjonenes kompetanse på området. Hva de viste om dysfagi og hvor mye de hadde lært om dette emne under utdanning, etterutdanning eller via kurs.

4.1.1 Utdrag fra intervjuene:

Ergo og nyutdannet sykepleier forteller at de har lite erfaring med dysfagi og at de har hatt lite om emnet på skolen. Den viten de har om dysfagi på nåværende tidspunkt, er tilegnet gjennom erfaringer via arbeidet på rehabiliteringssenteret. Personen fra ledelsen forteller at han har jobbet på rehabiliteringssenteret i 15 år, 13 år som ergo og 2 år i ledelsen. Tross dette føler han at han kan lite om dysfagi.

Fysioterapeuten som har arbeidet på rehabiliteringssentret i 2,5 år og hjelpepleieren i 3 år, forteller begge at de har litt erfaring med dysfagi. Erfaringen de har, har de tilegnet seg gjennom arbeidet på rehabiliteringssentret. Legen forteller at hun har en del erfaring når det gjelder dysfagi, erfaringen hadde hun tilegnet seg via 7 års arbeid på rehabiliteringssentret. Sykepleier forteller at hun har mye erfaring med dysfagi. Erfaringen hadde hun tilegnet seg fra et tidligere arbeid på et rehabiliteringssenter, hvor hun hadde arbeidet i 14 år. Videre hadde hun 6 års erfaring fra det aktuelle rehabiliteringssentret.

4.1.2 kort oppsummering

Tre informanter følte at de hadde lite erfaring om dysfagi, tross varierende arbeids karriere. To opplever og ha tilegnet seg litt erfaring gjennom arbeidet på rehabiliteringssentret. En opplever og ha tilegnet seg en del erfaring gjennom arbeidet på rehabiliteringssentret. En har mange år med erfaring om dysfagi. Alle utenom hjelpepleieren hadde mer eller mindre hørt om dysfagi under utdannelsen, men ingen hadde hatt dysfagi som et eget emne under utdannelsen.

4.2 Tema tverrfaglig samarbeid

Under tema tverrfaglig samarbeid var hensikten å få et innblikk i informantenes erfaring/kompetanse om tverrfaglig samarbeid. Hva de mente var godt med tverrfaglig samarbeid, og hva som kan være utfordringene med et tverrfaglig samarbeid. Videre ville jeg få et innblikk i om det tverrfaglige samarbeidet fungerte på rehabiliteringssentret, og om det evt. Kunne forbedres.

4.2.1 Utdrag fra intervju:

4.2.1.1 informantenes erfaring/kompetanse om tverrfaglig samarbeid.

Alle informantene presiserte at tverrfaglig samarbeid er et samarbeid mellom flere faggrupper. De mener det er viktig og dele kunnskap på tvers av profesjonene for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid, videre mener de at det er viktig å jobbe mot et felles mål. Alt dette vil gavne den enkelte pasient. Ergoterapeuten presiserte at de forskjellige profesjoner Ikke nødvendigvis arbeider med de samme områder, men at alle kan bidra med hver deres kompetanse for at pasienten skal få mest mulig utbytte av det tverrfaglige samarbeidet.

Den erfarende sykepleieren var den eneste som hadde erfaring med tverrfaglig samarbeid fra tidligere. Sykepleierne hadde mye fokus på tverrfaglighet i sin utdanning. De andre informantene hadde hørt om tverrfaglig samarbeid gjennom utdanningen. Men det var lite fokus på dette.

Personen fra ledelsen presiserer at han er utdannet for mange år siden, og forteller at den gang var det lite fokus på tverrfaglighet. Han opplever at dette kommer mere og mere i fokus på rehabiliteringssentret

4.2.1.2 Hva er utfordringene med det å jobbe tverrfaglig?

Flere av informantene nevner kommunikasjon som et viktig begrep. De mener det er viktig og kunne kommunisere for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid. Fysioterapeuten nevner for eksempel utfordringer som at beskjeder ikke kommer dit de skal. Hun nevner også at kommunikasjon er viktig for å formidle kunnskap og erfaring til de andre profesjonene.

En av sykepleierne mener det er en utfordring at pleierne arbeider i turnus, dette medfører at de ikke alltid er tilstede når beskjeder blir gitt og avgjørelser blir tatt. Det ligger også en utfordring i og videre gi informasjon, fordi det ikke er alle som får skrevet informasjonene ned og gitt dem videre. Hjelpepleieren nevner de samme problemer som sykepleieren og tilføyer at pleierne sjelden er med på de tverrfaglige møtene. Pleierne har derfor selv ansvar for og få lest rapportene fra møtene og/eller spørre om det er noen viktige informasjoner de skal høre. Ofte opplever hjelpepleier og sykepleier at det kan være for få personale i forhold til antall pasienter, noen ganger er det også pasienter som krever mere tid og ressurser, det kan for eksempel være en overvektig pasient. I disse tilfeller er det travelt på vekten, og da kan det være en utfordring i og finne tid til å lese rapporter og skrive i journaler.

Ergoterapeuten og ny utdannet sykepleier føler at de har for lite kunnskap om de andres fagområder. Fysioterapeuten var opptatt av hvilke roller de ulike profesjonene har, og mente at det var en utfordring i, at kanskje ikke alle var klare i sin rolle. Hun mente videre at dette kan medføre at andre blir usikre og ikke vet hva de skal gjøre. Fysioterapeuten forteller at de ulike profesjonene ikke tenker likt og at de ikke vektlegger de samme ting, ansvarsområdene er ikke alltid avklart nok i starten.

4.2.1.3 Hva ser de som fordeler med å jobbe tverrfaglig?

Alle informantene ser fordeler med å jobbe tverrfaglig. Den erfarende sykepleieren mener hun kan dele sin kunnskap med de andre faggruppene og samt at hun kan utvide sin egen kunnskap på ulike områder. Fysioterapeuten mener at de kan få flere synspunkter og kunne diskutere og reflektere over problemer og komme fram til bedre løsninger. Både sykepleierne og ergoterapeuten mener at de kan hjelpe pasientene bedre, når de har en bredere viten og kan se problematikker fra flere synsvinkler. Hvilket de mener de i høy grad vil få gjennom et tverrfaglig samarbeid.

4.2.1.4 Hvordan synes informantene at det tverrfaglige samarbeidet på rehabiliteringssentret fungerer?

Hjelpepleieren, den ny utdannede sykepleieren og legen syntes det tverrfaglige samarbeidet på rehabiliteringssentret fungerer bra. Personen fra ledelsen synes at det har blitt mye bedre de siste årene, han mener det er blitt mere fokus på tverrfaglighet og fordelene med det. Den erfarende sykepleieren og fysioterapeuten mener at det kan bli bedre, bl.a. ved å øke ressursene på stedet. Da de opplever et stort press hvis det oppstår sykdom blant personalet, pga. en øket travelhet. I disse situasjoner blir pleie og omsorg prioritert og tiden til gjenoppretning blir mindre. Videre nevner de at hvis logopeden eller ergoterapeuten er syke er det ingen som kan trede inn i deres roller. Ergoterapeuten synes det kan bli bedre men har vanskelig med og se hvordan. Fysioterapeuten mener at ikke alle er like flinke til å samarbeide og at dette er litt avhengig av hver enkeltes personlighet. Noen er ikke like flink til å dele kunnskap, og noen kunne vært flinkere til å spørre hvis de er usikker på noe.

4.2.1.5 Hvordan kan det tverrfaglige samarbeide utvikle seg til å bli bedre?

Samtlige av informantene ønsker å bedre det tverrfaglige miljøet, og de har alle gjort seg noen tanker om hvordan samarbeidet kan forbedres. Ergoterapeuten og den ny utdannede sykepleieren mener at det tverrfaglige samarbeidet ville fungere bedre, hvis de hadde mere kunnskap om de andre profesjoners kompetanse og arbeidsområde.

Legen, den erfarende sykepleieren og hjelpepleieren nevnte at det kunne være en fordel med flere fagdager, hvor profesjonene kan dele kunnskap på kryss og tvers. For eksempel kan teamet dra på felles kurs, og/eller hospitere sammen ved andre rehabiliteringssentre med samme type pasient grupper.

Legen mente bedre struktur og organisering av møtene ville utvikle det tverrfaglige samarbeidet. Den erfarende sykepleieren nevner også at det kan være en fordel med flere korte møter, for eksempel mellom sykepleier og logoped og evt. fysioterapeut. Eller de som evt. er aktuelle for det gjeldende pasient forløp. Hun mener også at, hvis den enkelte kunne bli bedre til å dokumentere hva de gjør og planlegger med pasientene. Det de dokumenterer kunne vært mere oversiktlig, ved å få skrevet prosedyrene ned og evt. vedlegge bilder av pasient i en forflytnings situasjon eller av treningsøvelser, så alle vet hva pasienten er i gang med på det da værende tidspunkt i forløpet. Hun påpeker at dette er noe som da alle så må ta seg tid til og lese. Alle mener, at med mere tid og flere resurser, kunne det vært lettere og bedre det tverrfaglige samarbeidet på rehabiliteringssentret.

4.2.2 Kort oppsummering:

Det var en av informantene som hadde erfaringer med tverrfaglig samarbeid fra tidligere. Alle informantene hadde hørt om tverrfaglig samarbeid i sin utdanning, men det hadde vært lite fokus på det. Det ble nevnt flere utfordringene med tverrfaglig samarbeid som kommunikasjon, å arbeide turnus, ikke alle var med på tverrfaglig møter, og tid og ressurser. Det å ha for lite kunnskap om de andres fagområde, og uklare roller var og ting som ble nevnt. Informantene å mange fordeler med å arbeide tverrfaglig som kunnskapsdeling, utvider egen kunnskap. Gjennom drøftning komme frem til bedre løsninger, og en større kompetanse. I spørsmålet om de syns det tverrfaglige samarbeidet fungerte på sentret var det delte meninger. Tre av informantene syntes det fungerte bra, en mente det hadde blitt nye bedre mens tre mente det kunne vært bedre. Informantene hadde flere tanker om hvordan samarbeidet kunne bedres, ved å få mer kunnskap om hverandres fagområde, felles kurs, bedre struktur, bedre dokumentasjon og mer tid og ressurser.

4.3 Tema dysfagi og tverrfaglig samarbeid

På det aktuelle rehabiliteringssenter er hoved gruppen som blir rammet av dysfagi, er årsaken hjerneslag. I en hjerneslags pasients forløp, er det både lege, fysioterapeut, logoped, ergoterapeut, sykepleiere og hjelpepleiere innover. Teamet arbeider sammen for et optimalt forløp for pasientene, hvor pasientenes behov settes i fokus.

Under temaet dysfagi og tverrfaglig samarbeid er hensikten å rette fokuset på hvordan teamet syns det tverrfaglige samarbeidet fungerer, da sett i forhold til arbeidet med pasienter med dysfagi etter hjerneslag. Jeg ønsket bl.a. å høre om hvilke tanker de har gjort seg om sin egen kompetanse på dette område. Videre ville jeg høre om hvilken tanker de hadde om de andre profesjoners kompetanse på området.

4.3.1 Utdrag fra intervju:

4.3.1.1 Hvilke oppgaver mener informantene de ulike profesjonene har?

Alle informantene for uten om to, var veldig klare på hva de ulike profesjonene kunne bidra med til pasienter med dysfagi. Ergoterapeuten og den ny utdannede sykepleieren var usikre på de andre profesjonenes oppgaver, og på hva de selv kunne bidra med. Spesielt var sykepleieren usikker på hva fysioterapeuten og en ergoterapeut kunne bidra med.

4.3.1.2 Hva kan de lære av de andre profesjonene?

Alle informantene utenom den erfarende sykepleieren mener at de har mye å lære av de andre. Den ny utdannet sykepleier ønsker å ha flere vakter sammen med de erfarende sykepleierne, for og lære mere om dysfagi. På grunn av turnus ordningen er det ikke alltid lett og få dette til å passe. Men hun synes hun har lært mye, spesielt av legen og logopeden. Både ergoterapeutene, legen, den ny utdannet sykepleieren, hjelpepleieren og fysioterapeuten ønsker å lære mer. Fysioterapeuten forteller at hun ofte rådfører seg med de andre i teamet, for å tilegne seg mere kunnskap på området. Hun opplever av og til at de andre ikke er så i imøtekommende. Hun mener det kan være fordi hun formulerer seg feil og de andre oppfatter det som kritikk av deres faglige kompetanse. Eller at de er utrygge i sitt fag og ikke vet hva de skal svare.

Den erfarende sykepleieren mener tiden ikke strekker til og at de derfor ikke får tatt seg tid til å vise hverandre eller forklare hverandre hvorfor ting bli gjort på en spesiell måte. For eksempel hvis fysioterapeuten viser en sittestilling på en pasient med dysfagi, og samtidig har andre pasienter som sitter og venter, så er det ikke tid til å forklare sykepleieren eller hjelpepleieren hvorfor dette er best for pasienten. Det kan også hende at pleierne ikke har tid til å lytte på fysioterapeuten, fordi det er andre som venter på deres hjelp.

4.3.1.3 Hva kan hver profesjon selv bidra med?

De fleste av informantene mener de kunne bidra med mye selv. Den erfarende sykepleieren mener hun kan bidra med veiledning i forhold til observasjon av pasienten, sittestilling, mat og matkonsistent og lignende. Den ny utdannede sykepleieren mener hun kan lære bort det hun selv har lært, til de andre. Fysioterapeuten mener hun kan bidra med mye, som sittestilling, hodekontroll, årsaken til evt. dårlig sittestilling. Hun kan også lære bort det hun kan om dysfagi, samt ta mer ansvar til samarbeid. Legen mener også at hun kan bidra med og bl.a. lære bort det hun kan om dysfagi, samt passe på at rutiner ble fulgt opp. Hun nevner også at det var lettere å lære bort hvis de andre kom og spurte direkte, hvis det var ting de lurte på eller synes var vanskelig. Ergoterapeuten var litt usikker. Hun mener hun har for lite erfaring og kunnskap, de andre har mere av både kunnskap og erfaring sier hun. Personen fra ledelsen mente han kunne være med å legge til rette for at alle kunne skaffe seg mer kunnskap om dysfagi og tverrfaglig samarbeid. Samt å oppfordre til samarbeid.

4.3.1.4 Forslag til hvordan vi kan skaffe oss mer kunnskap om dysfagi og tverrfaglig samarbeid.

Alle informantene ønsker å lære mer om temaet dysfagi og tverrfaglig samarbeid. Fysioterapeuten, legen og den erfarende sykepleieren foreslår å arrangere/gjennomføre eller planlegge en fagdag. Der evt. logoped og legen kan presentere teori om dysfagi etter hjerneslag. Hvor vær enkel profesjon kan si noe om sine roller i det tverrfaglige team omkring en dysfagi pasient. Det blir også nevnt at rutineene i et tverrfaglig team er viktig og få diskutert, spesielt i et pasient forløp med disse problematikker.

Tid nevnes som en viktig faktor i det tverrfaglige samarbeidet i teamet, blant flere av informantene, opp til flere ganger. Alle informantene synes det er for lite tid på møtene til å gjennomgå dysfagi pasientens problematikk og få diskutert dette. Den nyutdannede sykepleieren påpeker at hun synes det er vanskelig når pasienten kommer inn på en fredags ettermiddag, hvor ingen av terapeutene, erfarende sykepleierne eller legen er til stede. Sykepleieren føler hun har for lite kunnskap på området, og forteller at hun er redd for at dette kan få fatale konsekvenser hvis hun gjør noe galt.

4.3.2 Kort oppsummering:

Alle informantene utenom to hadde kunnskap om hva de andre profesjonene kunne bidra

med. Seks av informantene mente de kunne lære noe av de andre. Seks av dem mente de hadde erfaringer om tema som de kunne lære de andre. En av informantene mente hun hadde for lite erfaring. Ledelsen kunne være med å tilrettelegge for at personalet kunne skaffe seg mer kompetanse. Det ble foreslått kurs og fagdager for å skaffe seg mer kunnskap om emnet.

4.4 Ulike holdninger

Under dette tema er hensikten å finne ut av hvilke tanker og meninger de ulike profesjonene har gjort seg, om det å arbeide tverrfaglig omkring en dysfagi pasient og om det å tilegne seg ny kunnskap om emnet. Mener de at deres holdninger er preget av deres utdanning, eller dannes holdninger av interesser, engasjement eller annet?

4.4.1 Utdrag fra intervju:

Alle informantene mener at det å samarbeide tverrfaglig om en pasient med dysfagi må erfares og læres. Fysioterapeuten mener at å skaffe seg kompetanse om tverrfaglig samarbeid og dysfagi ikke nødvendigvis er avhengig av den utdannelsen du har, men at det går mere på hvilke interesse og muligheter du har for å oppdatere deg.

Ergoterapeuten og den nyutdannede sykepleieren mener at det er ulike holdninger til hva som er viktig å vektlegge i forhold til en pasient med dysfagi, og at noen kan bli for fastlåst i sitt fagfelt. Den nyutdannete sykepleieren mener at enkelte har mindre interesse for å forstå og sette seg inn i de andres fagområde. Hun mener også at personer med sterk personlighet fremmer sitt fagfelt som det viktigste, mens andre er litt mer forsiktig, og derfor ikke så flink å stå på sine meninger.

Personen fra ledelsen mener at de som er eldre og har mere erfaring, kanskje ser mere verdien av tverrfaglig samarbeid. Fysioterapeuten mener at ikke alle er like flinke til å oppdatere seg på ny kunnskap, det kan være av ulike grunner, kanskje fordi de ikke har interesse for det aktuelle temaet, eller at de ikke har tid i en travel hverdag. Legen mener at ulike holdninger er bra, og at ulike syn på ting skaper diskusjon og utvikling. Ingen skal tenke likt.

4.4.1.1 Hvordan skape bedre holdninger?

Fysioterapeuten, hjelpepleier og den erfarende sykepleieren trekker frem kommunikasjon som et viktig begrep for å bedre holdninger. Det nevnes at det er viktig å kunne snakke sammen, være åpen for de andres meninger og kunnskap, og være tydelig i sin egen rolle. Dette innebærer å ha respekt for andres meninger, selv om de er ulike dine egne.

Den erfarende sykepleieren mener at det burde være mere engasjement fra ledelsen, og at de kan være mere engasjert og interessert i hver enkelt person i teamet. Fysioterapeuten mener at de alle kan være bedre på å gi og ta utfordringer. Den nyansatte sykepleieren mener at hver enkelt må ta mere ansvar for å skape et godt samarbeid og øke kunnskapen på stedet.

4.4.2 Kort oppsummering:

Det kom frem i undersøkelsene at flere mente at holdninger må erfares og læres. Hva som er viktig å vektlegge i arbeidet med en pasient med dysfagi, kan ha med bakgrunn, interesse og muligheter. For å bedre eller endre holdninger er kommunikasjon viktig argument. Respekt for hverandres kompetanse og det ønskes mer engasjement fra ledelsen. Alle må ta et ansvar for å skape gode holdninger på rehabiliteringssentret.

4.5 Hva legges i begrepet rehabilitering?

Alle informantene mener at målet i rehabiliteringen er at pasienten skal komme tilbake til et best mulig funksjonsnivå. De mener også at det er avgjørende at alle faggrupper jobber sammen for at pasienten skal nå målet. Den erfarende sykepleieren påpekte at personlighet kan en ikke gjøre noe med, skaden kan en heller ikke gjøre noe med, men miljøet rundt kan en gjøre noe med. De tiltak og mål som det tverrfaglige team og pasienten setter under oppholdet, skal gjerne forbedre pasientens funksjonsnivå i mot et mere selvstendig og normalt liv.

5.0 Drøfting av funn

I denne delen av studien vil jeg drøfte funnene som er fremkommet gjennom analysen av intervjuene. Funnene vil hovedsakelig bli drøftet innenfor rammen av tidligere presentert teori. Først vil jeg se på hva som karakteriserer samarbeidet mellom de ansatte på tvers av deres kompetanse i forhold til en pasient med dysfagi. Der vil jeg legge hovedfokuset på kompetanse, kommunikasjon i forhold til samarbeidet om en pasient med dysfagi, og så drøfte svarene opp mot de ulike teoretiske perspektivene på tverrfaglig samarbeid. Så vil jeg se på hvilke holdninger og verdier de ulike faggruppene har i forhold til sin og andres kompetanse. Jeg vil så gjør rede for hva jeg synes er viktig for å få til et hensiktsmessig tverrfaglig samarbeid om en pasient med dysfagi. Til slutt en oppsummering og en refleksjon.

5.1 Tverrfaglig samarbeid og kompetanse

Profesjonsutdanningene er med på å skape ulike medarbeidere med ulik profesjonskunnskap, som gir ulike måter å tenke på og ulike måter å tilnærme seg oppgaver. (Molander og Terum, 2010). Funnene av undersøkelsen viser til at profesjonsutøverne av og til tolker, forstår og i noen tilfeller ønsker ulike tilnærminger til pasientene, i så måte støtter dette opp om Molander og Terum (2010) sin beskrivelse. For eksempel når fysioterapeuten med sin kunnskap om muskelkontroll og muskel spenninger forteller når hun ser hvilken sittestilling som er best for pasienten med dysfagi, kan logopeden med sin kunnskap om svelg og svelgfunksjon se om denne sittestilling vil fungere for denne pasient.

Det virker som informantene anerkjente og verdsatte hverandres ulike profesjonskunnskap og kompetanse. Flere av dem ga uttrykk for at hver enkelt faglige bakgrunn og kompetanse er nødvendig for å få en helhetlig behandling av pasienten med dysfagi. Dette støtter opp om Willumsen(2009) som viser til viktigheten for å skape gode tverrprofesjonelle samarbeid, nettopp er å anerkjenne de ulike deltakernes kompetanse og kunnskap. Når de ulike profesjonene er bevisst på ulikhetene og ved å kjenne til hverandres styrker kan de skape god behandling for pasienten. For eksempel at logopeden kan spørre fysioterapeuten om råd, når hun skal finne optimale sittestilling for pasienten som kanskje er lamm i armer og bein i tillegg til svelgevanskene. I følge Willumsen (2009) er det å ha innsikt i kollegers profesjonskunnskap, med på å bedre tverrfaglig samarbeid. Dette viser at i stede for å fokusere på de utfordringene som kan oppstå i ulike kompetanse er det viktig å vektlegge

det potensial de ulike profesjonsutøverne kompetanse for å bedre det tverrfaglige samarbeid.

Flere av informantene uttrykket at de syntes de hadde for lite kunnskap om emnet dysfagi. Fagdiskusjonene er et av de viktigste verktøyene profesjonsutøverne bruker for å dele kunnskap om dysfagi og for å løfte frem hvordan de ulike profesjonsutøverne behandler og tenker i forhold til en pasient med dysfagi.

I følge mine informanter er dysfagi et område som har vært lite belyst i de fleste profesjoners utdanning. Nesten alle følte som sakt at dette var et område de kunne lite om. Når en da kommer i arbeid der dysfagi blir aktuelt er det viktig å ha mulighet å oppdatere seg på tema. Den kunnskapen informantene har om tema dysfagi er erfart eller de har selv oppdatert seg på temaet. Det de har lært har de lært både fra egn profesjon og fra de andre profesjonene.

Dette viser at den kunnskapsforståelsen og tenkemåten informantene har opparbeidet seg har de fått gjennom det tverrfaglig samarbeide. For å utveksle faglig relaterte kompetanse som dysfagi, ble det diskutert eller drøftet om hva som er viktig å arbeide med i forhold til pasienten. Når en diskuterer eller samtaler med andre om faglig relaterte emner bruker en hverandre for å både lære om seg selv, og andre. Dette bidrar til bevisstgjøring som gjør at vi stiller oss selv spørsmål om hvorfor vi gjør ting på en viss måte, hvordan det en gjør virker på andre og hvilke reaksjoner en får av andre (Skau 2005). Når man diskuterer faglige saker tar man gjerne utgangspunkt i det man har lært, både fra erfaring og utdanning. En diskusjon mellom profesjonene vil dermed bety at en får belyst saken fra ulike ståsted. I et godt tverrfaglig samarbeid jobber man sammen om å utarbeide planer, felles mål og tiltak opp imot løsning for pasienten. Alle profesjoner deltar i denne diskusjon og i planleggingen med bakgrunn i vår faglighet, som for eksempel fysioterapeut, logoped eller sykepleier.

Willumsen (2009) bruker begrepene overlappende kompetanse og felles kompetanse. En sykepleiere, fysioterapeut og ergoterapeut vil for eksempel ha samme forståelse og kunnskap på enkelte områder. Disse områdene er det viktig at man fordeler mellom partene (Willumsen 2009). Resultatene fra undersøkelsen min, viser at medlemmene av det tverrfaglige teamet til sammen utgjør et stort, faglig område. Det kan også virke som om de ulike aktørene har ulik kjennskap til hverandres roller og kompetanse, og at de kunne brukt

hverandres styrker i de ulike arbeidsoppgavene bedre. Men hvordan styrker så dette det tverrfaglige samarbeidet? I følge Willumsen (2009) er det at man utvikler et felles språk- og verdigrunnlag med på å tydeliggjøre hva som er den enkelte profesjons kjernekompetanse, hvor profesjonene overlapper hverandre, og hva som er felles kompetanse. Denne avklaringen er igjen en forutsetning for at man får etablert et godt tverrfaglig samarbeid som dekker pasientens behov.

En av informantene mener at det med at vi er ulike som personer, noen ønsker å lære av andre mens andre er kanskje mer likegyldig. Skau (2011) trekker frem den Personlig kompetanse som handler om hvem vi er som person, både overfor seg selv og i samspillet med andre. Det er usikkert hvorfor enkelte ikke er interessert i å lære, men kanskje en kombinasjon av menneskelige egenskaper og holdninger. I et godt tverrfaglig samarbeid kan disse holdninger endres, ved at personen får mer kunnskap og erfaring både om dysfagi og å samarbeide tverrfaglig.

5.2 Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon

En av informantene påpeker at kommunikasjonen mellom faggruppene og teamet er viktig for at de skal få kjennskap til teammedlemmenes kompetanse. Lauvås og Lauvås (2010) mener at det faglige og arbeidsmessige aspektet med kommunikasjonsprosessen er at kommunikasjon er et redskap som en bruker for å virkeliggjør målene. Det er viktig å gi relevant informasjon til de rette personene slik at faglig kunnskap kan integreres, og hensiktsmessige beslutninger kan tas. Effektiv kommunikasjon i tverrfaglig samarbeid krever systemer for informasjonsdeling, som for eksempel rapportskrivning.

Flere av informantene som jeg intervjuet trekker fram betydningen av gode kommunikasjons- og samarbeidsferdigheter mellom teamet og dem. De tenker da først og fremst på at alle faggruppene som deltar i pasientenes rehabilitering må få tilstrekkelig informasjon om mål og tiltak. Det er avgjørende for at det foretas regelmessig oppdatering og veiledning. Dette er ikke minst viktig i forhold til en pasient med dysfagi, slik at alle behandler riktig. Det kom og frem under intervjuet at ikke bestandig viktig informasjon kom dit den skulle. Som f.eks logoped og en sykepleier lager en prosedyre for en dysfagi pasient, dette blir nedskrevet. Da er det viktig at pleieren som kommer på neste vakt vet om denne prosedyren og kan hente den ut. Her blir kommunikasjon brukt for å overbringe en beskjed.

Selv om de fleste av informantene mente at kommunikasjon på sentret fungerte godt mellom de ulike profesjonene var det noen som mente at det til tider kunne være vanskelig. For eksempel når fysioterapeuten forteller at hun av og til møter motstand eller vegring når hun spør en annen i teamet om hvorfor de gjør slik med pasienten. Hun ordlegger seg kanskje feil og det blir oppfattet som kritikk, mens hennes intensjon var å lære. Dette viser at disse to personene hadde forskjellig oppfatning av budskapet. Dette handler kanskje mest om relasjonene mellom pleier og fysioterapeut. Er de trygge på hverandre føler pleieren at fysioterapeuten overvåker henne, hun gjør ikke god nok jobb. I dette tilfellet er selve innholdet i budskapet mindre viktig enn relasjonen mellom pleier og fysioterapeut. Her hemmes det kommunikative kunnskapen kanskje av personlig kompetanse.

For at kommunikasjon skal oppleves som god er det viktig å kommunisere på det personlige plan, slik at en kjenner hverandre ikke bare som fagperson men også som person. Hvis kommunikasjonen på sentret er god vil arbeidsmiljøet preges av at de ansatte er trygge på hverandre, komme godt overens, respektere hverandre og at de får utviklet seg faglig.

For at kommunikasjon skal oppleves bra er det viktig å både kommunisere sine faglige meninger og erfaringer slik at samarbeidet og miljøet ved arbeidsplassen oppleves som meningsfull og utfordrende.

«Når vi kommuniserer, bringer vi vårt verdigrunnlag, vårt menneskesyn, våre holdninger til oss selv og andre, vår livserfaring, våre kunnskaper vår innsikt til uttrykk» (Skau 2005:81).

5.3 Tverrfaglig samarbeid fra ulike perspektiv

I et sosialpsykologisk perspektiv er som tidligere nevnt, er det individene i samarbeidet som er viktig, se på rollene til individene, hvilke forventninger en har til de ulike rollenehaverne, og se hvilken betydning dette har for samarbeidet. Som logoped har jeg forventninger til hvordan jeg skal utføre mitt arbeid. Jeg har en forestilling om hvordan det skal være, en oppfatning om hvordan jeg selv er som logoped, akkurat som sykepleieren, fysioterapeuten og ergoterapeuten har sine egne forventninger til egen rolle, samtidig har vi også forventninger til de andre vi jobber sammen med, hvordan de skal utføre sin rolle. Som en

del av omgivelsene er også ledelsen ved sentret. De har også forventninger til de ulike rolleinnhaverne ved sentret. De fleste av informantene var ganske klare på de ulike profesjonenes roller i et samarbeid om en pasient med dysfagi. Bortsett fra to stykker som var usikre på ergoterapeuten og fysioterapeuten sin rolle. Årsak til det kan være at de har lite kunnskap om de andres rolle som profesjon. De var nye og hadde kanskje ikke opparbeidet seg så mye erfaring? Har de andre faggruppene vært for uklare i sine arbeidsoppgaver? . Dette er ting som kan avklares gjennom det direkte tverrfaglige arbeidet med en pasient der de ulike faggruppene presiserer sitt fagområde, eller gjennom fagdiskusjoner.

I et profesjonsperspektiv mener en som tidligere nevnt at det tverrfaglige samarbeid finner sted i et sosialt system der ulike profesjoner samhandler. En av informantene på peker at det skal være ulikheter og ulike meninger, hun mener dette skaper diskusjon og utvikling. I så måte støtter dette opp om Grimen i Molander og Terum (2010) sin beskrivelse. Det virker som de fleste av profesjonsutøverne ser viktigheten av tverrfaglig samarbeid og utnytter hverandres ressurser. Dette gjør de ved å anerkjenne og verdsetter hverandres ulike profesjons kunnskap i det daglige samarbeidet fordi de ser hverandres kompetanse er nødvendig for behandling av en pasient med dysfagi.

I følge Adler m.fl. (2007) viser tidligere forskning til at der en arbeidsplass er overrepresentert av en yrkesgruppe eksisterer det tydelig hierarkisk strukturer der den største yrkesgruppen har mest makt. På dette sentret utgjør sykepleierne den største profesjonsgruppen. Jeg satt ikke igjen med den oppfatningen at de følte at deres kompetanse var den viktigste. Syns heller det tverrfaglige samarbeidet bærer preg av likhet, verdsettelse og anerkjennelse av hverandres kunnskap og bidrag, uavhengig av hvilken profesjonsgruppe de tilhørte.

Det kom fram i undersøkelsen at alle mente at de ulike faggruppene har ulike oppgaver eller kompetanseområde overfor en pasient med dysfagi som de behersker bedre enn andre. Hvis oppgaven er krevende eller sentral på et område må gjerne fagpersonen utføre oppgaven selv. Dette er i det Linge m.fl. (2011) kaler ”må-område”. For eksempel fokuserer sykepleieren på pasientens grunnleggende behov og fysioterapeuten på pasientens sittestilling. Lingem. Fl. Refererer til Willumsen (2009) som bruker begrepene

primæroppgaver og fellesoppgaver på omtrent det samme, hun mener at man må anerkjenne forskjellen og samtidig være fleksibel. Linge m. fl. (2011) hevder også at alle yrkesgrupper har et ”kan – område” i tillegg til ”må- område”. Dette er områder de behersker og kan ta ansvar for om situasjonen krever det, eventuelt under veiledning av andre ikke fagspesifikke eller fellesområdene er kan områder. For eksempel der en hjelpepleier skal mate en dysfagi pasient, har hun fått veiledning av en logoped eller en sykepleier om hvordan hun skal gjøre det. Hvor mye hver enkelt faggruppe bruker på må områder og kan- områder, avhenger av etterspørselen og antall personer av hver yrkesgruppe. Alle er i utgangspunktet ansatt for å utføre faget sitt, og bør primært brukes til det. Har man kapasitet og det vil tjene pasientens mål, utvider man arbeidsområdene sine til kan-områdene. Det er viktig at en ikke ser på ”mitt arbeid er viktigere enn ditt”. Men alle sitt bidrag er viktig. Man er kanskje redd for å gi av sin kunnskap for man vil unngå at andre ”overtar” ens eget arbeid. En vanlig tankegang for profesjonisme hos alle arbeidsgrupper i følge Linge m.fl (2011). Erfaring viser at jo mer en gir av kunnskap, desto mer nytte ser de andre i deg og din yrkesgruppe.

Innenfor helsesektoren er legene blitt beskrevet ved deres autoritet en høy posisjon. De er ikke bestandig like åpne og tilgjengelig til å mota kunnskap fra andre (Lauvås og Lauvås 2009). Funnene viser at på dette sentret er legen åpen og ydmyk overfor kunnskapen de andre profesjonene bidrar med uavhengig av hvilken posisjon personen har. Dette viser legen med at hun sier hun kan lære mye av de andre faggruppene.

Med tanke på de ulike profesjonene i det daglige arbeidet med en pasient med dysfagi. Utfører de mye av de samme oppgavene med pasienten, da er det nærliggende å tro at dette kan skape en profesjonskamp slik Lauvås og Lauvås (2004) beskriver det. Undersøkelsen viser det at profesjonsutøverne ikke opplever det tverrfaglige samarbeidet som en kamp om å få frem sin kunnskap eller ser på sin kunnskap som viktigere. De mener derimot at målet med tverrfaglig samarbeid på tvers av de ulike profesjonene på sentret nettopp er å ha forskjellige perspektiv og kunnskap om en pasient, og gjennom samarbeidet får man frem disse ulike perspektivene.

I forhold til et organisasjonsperspektiv vil jeg se på det tverrfaglige samarbeidet om en pasient med dysfagi i forhold til organisasjonens mål, ressurser og struktur. Hvordan teamet

er organisert i forhold til den organisasjonsmessige konteksten de ulike yrkesutøverne fungerer innenfor og den organisasjonsmessige tilknytningen de har, hvordan det vil påvirke det tverrfaglige samarbeidet. (Lauvås & Lauvås 2004) Rehabiliteringen er som organisasjon kan deles inn i en formell struktur basert på vedtatte mål, regelverk, organisasjonskart og stillingsinstrukser. De uformelle strukturen baserer seg på verdier, vaner og adferdsmønster som medlemmene i organisasjon har. Organisasjonsstrukturen har en stabiliserende effekt på atferd til yrkes utføreren når den ansatte vet hvilke stilling han/hun er ansatt i og hvilke arbeidsoppgaver dette omfatter. Det kan bidra til å skape regularitet og forutsigbarhet. Dette kan også ha en begrensende virkning i det den ansatte ikke kan velge oppgaver etter eget forgodtbefinnende. Struktur virker også koordinerende ved hjelp av en formell organisasjonsplan, prosedyrer og, regler og rutiner (Flemoen 2004). Det kom frem i undersøkelsen at ikke alle var like sikre på hverandres arbeidsoppgaver i forhold til en pasient med dysfagi. Dette kan være et tegn på uklare prosedyrer og rutiner. Vet alle hvilke prosedyrer som gjelder når en pasient med dysfagi blir innlagt? Er det faste rutiner? Flere av informantene nevnte det med få ressurser kunne være negativt for det tverrfaglige samarbeidet i forhold til en pasient med dysfagi. Det med tid til samarbeid og nok personell. Denne problematikken kan være et resultat som ligger høyere opp i systemet, i ledelsen eller også på kommunalt plan. Det kan være økonomiske spørsmål, eller krav om effektivisering.

5.4 Holdninger og verdier

De overordnede verdiene og holdningene som gjenspeiler seg i personalet legger premisser for hvordan vi som personale jobber sammen om en pasient med dysfagi. Verdiene peker på forhold som personalet må vektlegge i sin praksis, og gir noen prinsipielle konsekvenser for rehabiliteringsarbeidet. Jesen (2002) påpeker at holdninger inneholder en kunnskapsdel, en følelsesmessig del og en handlingsdel. Skau (2011) bruker begrepet den personlige kompetansen, den handler om som tidligere nevnt hvem vi er som person, både overfor oss selv og i samspill med andre. Den personlige kompetansen til de ulike profesjonsutøverne kommer til uttrykk i de verdier/holdninger og menneskesyn i karaktertrekk som humor, personlig integritet og rettferdighets sans og de ulike personers evne til kontakt med både medarbeidere og pasient.

Noen av informantene mente at det var ulike holdninger til hva som var viktig å vektlegge ved behandling av en pasient med dysfagi, at noen kunne bli for opptatt av sitt fagfelt. Det

ble og nevnt at de følte at noen hadde lite interesse eller forståelse for å sette seg inn i de andres fagområde. Hver av medlemmene i teamet ser saken fra sin synsvinkel og legger fram sin fortolkning. Dette blir sett på som en styrke i tverrfaglighet, og det behøver ikke bli en kilde til uenighet. Betingelsen er at man er åpen for alle synsvinkler. Føler man at sin kompetanse er mindre verd enn andres, eller at sin kompetanse er viktigere. Krenker man likeverdighet eller den gjensidige respekten, vil man møte motstand når man skal komme frem til felles forståelse (Linge m.fl, 2011). De tverrfaglige vurderingene er ressurskrevende. Men gjør man ikke skikkelige vurderinger av behov, blir det lett at tilbudet ikke svarer til behovet, og man risikerer at behovet blir for dårlig. En god vurdering og diskusjon rundt felles problemforståelse vil avdekke disse forskjellene og kanskje skape nye holdninger. Det å ha gjensidig respekt handler om å opptre og anerkjenne hverandres kunnskap og erfaringer. Det er viktig at man må vise at en setter pris på hverandres kompetanse til tross for ulikheter. En hjelpepleiers kompetanse med tilrettelegging i et måltid kan være like utslagsgivende som legens medisinske kunnskap. Det kan være vanskelig på forhånd og avgjøre hvilken kompetanse som blir utslagsgivende for måloppnåelse. En må være interessert og nysgjerrig for de andres yrkesgrupper og personer, for hva de kan tilføre teamet. Fokuset må være på det hver enkelt kan, hvilke ressurser hver enkelt sitter med og kan bruke for å berike et samarbeid. Det er viktig at alle har samme tilgang til informasjon.

En skal ikke skjule eller holde tilbake informasjon som andre trenger for å gjøre en del av jobben, for å avgjøre og velge riktig metode for sitt arbeid. En logoped må kunne lære bort kunnskap om svelgfunksjon til for eksempel en hjelpepleier, slik at hun kan være trygg når pasienten spiser.

Linge m.fl (2011) hevder at endringer i praksis skjer ikke før man tenker igjennom verdigrunnlaget som styrer praksisen. Man må derfor diskutere hva dette verdigrunnlaget er. Det er lagt mange rammer i forskrifter og veiledere for rehabilitering, likevel er det viktig å diskutere og teamet har felles forståelse for hva innholdet i rehabilitering er, og hvilke mål som styrer virksomheten. Dette vil ligge til grunne når en skal behandle en pasient med dysfagi. Vi vet alle at det kan være lang vei fra teori til praksis. Men hvis vi kommer så langt at vi blir enige om hvilke verdigrunnlag vi skal ha, kan vi begynne å konkretisere hvilke konsekvenser dette får for praksis og for den enkeltes utøvelse av tilbud til pasienten.

Vårt Syn på rehabilitering er avgjørende for hvilke kvalitet dysfagi pasienten får for

behandling og tilrettelegging i forhold til sine vansker. I følge Linge m.fl (2011). vil det vedrigunlag kulturen på arbeidsplassen vår er bygd opp på, vil prege vårt arbeid overfor pasientene. Vi har rutiner og innarbeidede vaner for hvordan ulike situasjoner skal håndteres, hvordan problemer kan løses. Pasientene behandler og snakkes til fra en annen tradisjon. Det meste av arbeidet skjer automatisk og ureflektert, jo travlere hverdagen er, desto mer går rutinene og automatikken. Det er kanskje ikke tid til å reflektere over om det vi gjorde var helt bra. Dette kan også avhenge av hvilke syn vi har på den hjelpen vi gir. Linge m. fl.(2011) hevder det er tre ”grøfter” det er lett å falle i fordi en tar med seg verdiene fra tidligere erfaringer. Det er ”hjelpegrøften” man mater pasienten selv, isteden for å la pasienten prøve selv. Den andre er ”treningsgrøfta” her handler det om at personalet definerer og avgrensner rehabilitering kun som opptrening. Det tredje er ”hjelpemiddelgrøfta”, der deler man ut hjelpemiddel som sonde istedenfor å forsøke å trene opp svelgfunksjonen.

For å skape et godt tverrfaglig samarbeid er det viktig at profesjonsutøverne utviser en ydmykhet og forståelse for at andre deltakere sin forståelse, tolkning og kompetanse i samarbeid, er nødvendig for at pasienten skal få god behandling. Det med gjensidig respekt og anerkjennelse for de ulike profesjonsutøvernes kompetanse er viktige faktorer for å kunne utnytte hverandres styrke og bidrag.

5.5 Et hensiktsmessig tverrfaglig samarbeid, i samarbeidet om en dysfagi pasient tverrfaglig.

Å skape en felles forståelse av meningen og hensikten med det tverrfaglige samarbeidet er også en viktig faktor for å skape et godt tverrfaglig samarbeid. Slik at hver enkelt får en tydelig oppfatning av hva tverrfaglig samarbeid er og bør være kan være et godt utgangspunkt. Diskusjoner rundt hver enkelts kompetanse og hva de kan bidra med vil skape felles interesse og et ønske om å behandle pasienten på best mulig måte.

En forutsetning for å kunne ivareta pasienten med dysfagi sitt behov er at det er lagt til rette for et samordnet tverrfaglig samarbeid. Hvor teammedlemmene informerer hverandre om sitt arbeid og setter opp felles mål i samarbeid med pasienten. Når teamet har felles forståelse av pasientens problem og behov, og felles strategi for hvordan den enkelte pasient best kan hjelpes vil informasjon og tiltak presenteres for pasienten som en meningsfull helhet. Tverrfaglighet og oppbygging av tverrfaglig kompetanse stimuleres ved at de ulike yrkesgrupper samarbeider i praktiske situasjoner rundt pasienten.

Legen i teamet poengterte at vi burde vært mer effektiv i de tverrfaglige møtene våre. Gode rammefaktorer er viktig for at det tverrfaglige samarbeid skal fungere bra som for eksempel rundt møte strukturen. De tverrfaglige møtene bør være effektive, det oppnås best ved at vær enkelt team medlem møter forberedt. De må på forhånd ha hatt tid til å lest for eksempel pasientens epikrise, eller andre rapporter om pasientens tilstand . Alle profesjonene i teamet har satt seg inn i pasientens svelg vansker. Og ut fra dette har en formening om hvilken rolle de har i forhold til behandlingen av pasienten. Dette drøftes i gruppa og sammen finner de hvilke mål og tiltak som er til beste for pasienten.

Å ha kunnskap om dysfagi, både teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap .er viktig. For å vite hvorfor og hvordan en behandler pasienten. Å skape felles arenaer forkunnskapsdeling der de ulike profesjonsutøverne sine perspektiver og kunnskap kan løftes frem er også viktig, for å bedre det tverrfaglige samarbeidet. Flere av informantene nevnte det med å ha en fagdag om tema dysfagi hadde vært nyttig.

Faglige diskusjoner og samtaler er et av flere viktige verktøy for å få frem diss perspektiver.

Det må legges til rette slik at de ulike profesjonene har mulighet for fagdiskusjoner. Det er viktig at profesjonsutøverne får frem sin profesjonskunnskap gjennom argumentasjon av sin forståelse av dysfagi. Da vil en få frem de ulike perspektivene som er viktig i behandlingen av pasienten med dysfagi. Samtidig får en mulighet til å sette seg inn i de andre profesjoners kunnskap om emnet. Som er viktig for å få en helhetlig behandling av pasienten. Samtidig vil det bidra til å skape tydelige roller og forventningsavklaringer som er med på å gjøre profesjonsutøverne i stand til å trekke på hverandres styrker der det er nødvendig i behandlingen av pasienten. Å utnytte hverandres styrker de ulike profesjonsutøverne er faglig vil skape et godt tverrfaglig samarbeid.

Kommunikasjon ble nevnt flere ganger som en viktig faktor. Kommunikasjonsprosessen i et tverrfaglig samarbeid er viktig når faglig kunnskap og kompetanse skal utveksles, og hensiktsmessige beslutninger skal tas i forhold til pasienten. Slik at kommunikasjon blir et redskap for å virkeliggjøre målene. Samtidig er kommunikasjonen mellom de ulike profesjonene viktig, for å skape gode sosiale interaksjoner mellom deltakerne. Der en kan formidle holdninger, normer og adferd.

I tverrfaglig samarbeid er det viktig å verdsette sin egen og andres kompetanse. Du må vite hva du selv har kompetanse til, hva du har fullmakt til å utføre, og hva du skal overlate til andre. Dersom tverrfaglig samarbeid skal fungere, må man ha tillit til andres kompetanse, samtidig som man selv må bidra med sin egen. Dette krever også respekt for hverandre som mennesker, og ha tro til de andres fag.

Det tverrfaglige samarbeid må være forankret i ledelsen. Det er deres ansvar at samarbeidet fungerer på en god måte. De har en viktig rolle som motivator, koordinator og observatør.

Sett i et litt større perspektiv er det å skape en felles praksis og profesjonsutøvelse som har integrert de ulike deltakerne sine bidrag, en viktigfaktor for å skape et godt tverrfaglig samarbeid.

6.0 Oppsummering, refleksjoner og avslutning.

Min utdanning, mine teoretiske preferanser, mitt menneskesyn og min livserfaring vil på ulike måter være med å prege de spørsmålene jeg stiller, hva jeg ser etter og hva jeg eventuelt er blind for. Som forsker vil man også være preget av de fagmiljøene man er en del av. Jeg en del av fagmiljøet ved rehabiliteringssentre. Den faglige profilen ved sentret er en ramme for mitt arbeid som er med å påvirke denne oppgaven. Dette påvirker måter å se og forstå på blir mer nærliggende, mens andre måter å se og forstå på kanskje glipper. Slike forhold vil kunne spille inn i hele forskningsprosessen, i formulering av problemstilling, i valg av metode, i analysearbeidet og utforming av hovedfunn og i diskusjonsdelen.

Tverrfaglig samarbeid er viktig i rehabilitering av en pasient med dysfagi. Samarbeid kan ofte være kompliserende, og det tar tid å opparbeide seg respekt og forståelse for hverandres fag og prioriteringer. Det må legges til rette for samarbeid, og det må foreligge planer og mål som muliggjør dette samarbeidet. Å jobbe sammen mot en løsning er i henhold til både teori og praksis, for å få et best mulig resultat. Vi kan ha ulike oppfatninger og forventninger om et samarbeid, men det er de felles løsningene som vi skal jobbe mot. Å sette i gang tiltak rettet mot pasienten med dysfagi alene, kan være nytteløst. Forskning viser også at aktørene i et samarbeid er gjensidig avhengig av hverandre, og sammen sikrer de pasienten de beste tiltakene, og da får en best utnyttet hver enkelt kompetanse.

En pasient med dysfagi trenger at det tverrfaglige teamet jobber mot samme mål. Det er den felles innsatsen fra de ulike profesjonene som gir de beste tiltakene, og som gjør at man ser utfordringene fra flere sider. Å jobbe tverrfaglig gir en bedre utnyttelse av de ulike profesjonenes kompetanse. Det oppstår en helhetstenkning, og deltakerne har et ønske om å utrette noe. Når man arbeider i team med ulik yrkesbakgrunn, får man en annen faglig forståelse og kunnskap om de andre profesjonene.

Det som kan svekke det tverrfaglige samarbeid er å ha lite kunnskap om de andres kompetanse, å ikke tørre spørre kan være negativt for samarbeid. Dette kan komme av at deltakerne er utrygge i eget fag. Vi må heller ikke la ressurser og tidspress ødelegge for et samarbeid.

Det som kjennetegner et godt fungerende tverrfaglig team er god struktur, god planlegging

og felles mål. I tillegg er det viktig med ledelse av møtene, og ansvarsfordeling av oppgavene. Gjennom denne masteroppgaven har jeg vist hvordan tverrfaglig samarbeid fungerer i vårt tverrfaglige team.

Mitt utgangspunkt både før og under denne studien var at de ulike faggruppene har verdifulle kunnskaper og erfaringer, som det er viktig å få fram for å utvikle samarbeidet mellom de ulike profesjonene. Samtidig hadde jeg en formening om at noen av faggruppene hadde lite kunnskap om dysfagi, men at de ønsket å lære mer. Min oppfatning var at noen av informantene følte at samarbeidet ble påvirket av tidspress og manglende tro på egen kompetanse. Jeg tenkte at tanker om egen kompetanse om dysfagi og tanker om hva som skal til for at de trenger et godt tverrfaglig samarbeid, kan være avhengig av hvor lang erfaring de har i jobben sin og hvor stor stilling de har. Det viste seg at det var tilfelle, at de som var nyutdannet var mer usikker på sin kompetanse enn de med lengre erfaring.

Jeg har gjennom denne masteroppgaven, et ønske om å innhente ny kunnskap og erfaring, som kunne gi bedre forståelse av hva som er viktig å vektlegge i arbeidet med mennesker som har ervervet seg dysfagi etter hjerneslag. Gjennom litteratur og intervju fikk jeg innhentet masse kunnskap som har gitt meg en bredere forståelse av dysfagi og tverrfaglig samarbeid. Og fått et innblikk i hvilke kompetanse de andre profesjoner har og tanker og meninger de har til tverrfaglig samarbeid og dysfagi.

I og med at min rolle i dette tverrfaglige teamet er logoped, og vi ikke har flere logopeder på dette sentret. Er kanskje ikke logopedens rolle og kompetanse kommet tydelig frem. Min rolle som logoped i teamet er helt klart veldig viktig både i forhold til min faglige bakgrunn og den kompetanse jeg har i forhold til dysfagi. Intensjonen i denne oppgaven har i hovedsak vært å få frem betydningen av de andre faggruppers kompetanse i forhold til dysfagi og tverrfaglig samarbeid. Og å finne ut hvilke kompetanse og tanker og meninger de har om emnet. Slik at jeg kan få en bredere forståelse av det å jobbe tverrfaglig i forhold til en pasient med dysfagi. Som logoped har jeg et ansvar for at de andre i teamet skal få ta del i min kunnskap og kompetanse om dysfagi, samtidig sette meg inn i de andres i teamets kunnskap og kompetanse om dysfagi. Hvis vi til sammen kan bidra med hver vår bit kan det tverrfaglige samarbeidet være til beste for pasienten med dysfagi.

For og utforske temaet videre ville det vært interessant å spørre pasientene med dysfagi om

hvilke oppfatning de har om det tverrfaglige arbeidet rundt dem. Hva de vektlegger og hvilken betydning den har for dem og deres livskvalitet. Jeg har lært masse og håper og at mine informanter har fått litt flere tanker og blitt mer bevisst på sitt arbeid med dysfagi i et tverrfaglig team.

Litteraturliste:

- Andenæs, Agnes (2000). Generalisering. Om ringvirkninger og gjenbruk av resultat fra Kvalitative undersøkelser. I Hanne Haavind (red) *Kjønn og fortolkende metode Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*, Kapittel 6. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Aker sykehus og Oslo kommune (1999). *tverrfaglig metodebok i dysfagi, kartlegging og Praktiske tiltakt*. Prosjekt styrket rehabilitering. Avdeling for rehabilitering og Geriatri.
- Befring, Edvard (2010). *Forskningsmetode med etikk og statistikk* Oslo: Det Norske Samlaget
- Bredland, Ebba og Linge Oddrun Anita og Vik Kjersti (2011). *Det handler om Verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 3.utgave Oslo: Universitetsforlaget.
- Brodal, Per. (2001). *Sentralnervesystemet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalen, Monica (2011). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. 2.utgave Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellekjær, Hanne og Selmer Randi. (2007). *Hjerneslag – like mange rammes, men prognosene Er bedre*. Tidsskrift for norsk legeforening. Hentet fra nett 20.11.13 http://www.tidsskriftet.no/?seks_id-1503778
- Fure, Brynjar (2007). *Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag*. Tidsskrift fra den Norske legeforening. Hentet fra nett: 20.12.14 <http://www.tidsskrift.no.article.1537392>
- Ha, Lisa og Iversen Per Olav og Hauge Truls (2008). *Ernæring til eldre med akutt hjerneslag*. Tidsskrift for den norske legeforening. Hentet fra nett. 20.11.13 http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1729147
- Helsedirektoratet (2010). *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Nasjonale faglige Retningslinjer*. Hentet fra nett: 02.01.14 http://helsedirektoratet.no/nasjonal_retningslinje_for Behandling_og_rehabilitering_ved_hjerneslag_fullversjon_702244
- Halvorsen Knut (2008). *Å forske på samfunnet; en innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Oslo: Cappelen akademiske.
- Hummelvoll Jan Kåre (2012). *Helt – ikke stykkevist og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk Helse*. Oslo: Gyldedal Norske forlag AS.
- Jacobsen Dag Ingvar (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring I samfunnsvitenskaplige metode*. 2.utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS
- Jamvedt, Gro m.fl. (2007) *kunnskapsbaseret fysioterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Kvale Steinar og Brinkmann Svend (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Larsen Ann Kristin (2007). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskaplig Forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lauvås, Kristin og Per Lauvås (2004). *tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Linge, Oddrun Anita og Kjersti Vik (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse.: verdigrunnlag Og praksis i rehabiliteringsarbeidet*. Oslo Gyldendal akademiske.
- Lingås Lars Gunnar (2005). *Ansvar for likeverd. Etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Malterud.kirsti (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning en innføring.2 utgave* Oslo: Universitetsforlaget.
- Postholm May Britt (2011). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på Etnografi og Kasusstudie, fenomenologi*. Oslo: universitetsforlaget.
- Reinvang, Ivar og Sunde Kjetil (1998). *Når språket svikter*. Oslo: Ascheoug
- Rugås Liv (red) (2009). *Rapport. Svelgtesting ved akutt hjerneslag*. Kosensurapport. Slagenheten ved sykehuset i helseregion Sør-Øst og Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag. Hentet fra nett 27.10.13 <http://brage.bibys.no/hibu/bitstrem/URN:NBN:no-bibys-brage-9179/1/6809rugas.pd>
- Skau Greta Marie(2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med Mennesker*. 4.utgave, Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Skogen Kjell (2012). Case. I Fuglestad og Skogen (red.). *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk. Design og metoder*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Skruing Malin (2004). *Dysfagi etter hjerneslag. Mestring av spise- og svelgvansker etter Hjerneslag*. Hovedoppgave i spesialpedagogikk. Oslo: Universitete i Oslo
- Statens helsetilsyn (1996). *Veileder i rehabilitering av slagrammede*. Veiledningsserie nr. 4 Statistisk Sentralbyrå (2008). *Befolkningsveksten fortsetter*. Hentet fra nett 10.12.13: <http://www.ssb.no/emner/02/03/folkfram/>
- Steen Jensen, ingebrikt(2002). *Ona Fyr- for deg som vil lykkes sammen med andre*. Dinamo forlag.
- Stensvold Hellen, Utne Liv. (red) 2005). *Dysfagi* Oslo. Gyldendal
- Stortings melding. (Nr. 21 1998-1999). *Ansvar og mestring mot helhetlig Rehabiliteringspolitikk*. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra nett: 05.12.13 <http://www.regjeringen.no/nm/dep/hod/Dokument/Proposisjonar-19981999/stmld.nr.21-1998-99-.html?id=43/037>
- Stortings melding (nr. 1 2007-2008). *Nasjonalbudsjettet*. Det kongelige finansdepartementet. Hentet fra nett: 05.12.13 <http://www.regjeringen.no/nb/dp/fin/dok/regpubl/stmeld/2007-2008/stmeld-nr-1-2007-2008-.html?id=482933>

Stortingsmelding nr.40..*Fra visjon til virke, om gøgere utdanning*. Kunnskapsdepartementet. Hentet fra nett: 08.12.13. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nover/200-nov-200-14/9/2/3.html?id=358509>

Svensson Per (2010). *DYSFAGI – utredning och behandling vid sveljningssvårigheter*. Lund: Studentlitteratur AB.

Thagaard, Tove (2009). *Systematikk og innlevelse; en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Utviklingssenter for sykehjem Oppland. rapport (2013): 1 publisert 01.04.1013: *Modell for tverrfaglig samarbeid i nevrologisk rehabilitering*. Hentet fra nett 26.10.2013.

<Ush.custompublish.com/getfile.../rapport+nevrologisk+rehabilitering.pdf>

Willumsen, Elisabeth (2012). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. 2. opplag . Oslo: universitetsforlaget

Willumsen, Elisabeth (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse*. Oslo: universitetsforlaget

World Health Organization: The Atlas of Heart Disease and stroke. Hentet fra nett 10.11.13 http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

Wyller, Toreir Bruun, Sveen Unni (2002). *Ikke språklige cognitive symptomer etter Hjerneslag*. 122,s 627 – 630 Hentet fra nett 12.11.13 http://test.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=503891

Vedlegg nr.1

Fårespørsmål om du vil delta i et forskningsprosjekt.

Jeg ønsker å skrive en masteroppgave i Logopedi ved universitetet i Tromsø.

Gjennom en del år har jeg arbeidet med slag pasienter som har svelgeproblemer. Tema i denne masteroppgave er Dysfagi og tverrfagligarbeid i en rehabiliteringsfase.

Ønsker med denne oppgaven å innhente ny kunnskap og erfaring, som kan gi bedre forståelse av hva som er viktig å vektlegge i det tverrfaglige arbeidet i en rehabiliteringsfase for mennesker med svelgevansker etter et hjerneslag. Et annet mål med studiene er å finne ut hvilke tanker og kunnskap de andre faggruppene har om emnet. Ut fra dette få en felles forståelse av de ulike faggruppers ansvar.

For å finne ut av dette ønsker jeg å intervjuer de ulike faggruppene på sentret.

Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet og det vil vare ca. 1 time. Samtalen skal foregå på arbeidsplassen. På et kontor der det er ro rundt oss.

Det er frivillig å være med i denne studien, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Opplysninger som kommer fram behandles konfidensielt. Det innsamlede materialet anonymiseres og det slettes når oppgaven er ferdig.

Ved å fylle ut og returnere vedlagt samtykkeerklæring, bekrefter at du vil delta i denne undersøkelsen. Jeg vil ta kontakt med deg for å avtale tidspunkt for intervjuet.

Har du kommentarer eller spørsmål er du velkomment til å kontakte meg.

Vennlig hilsen
Ann-Helen Holm

Vedlegg nr. 2

ERKLÆRING OM SAMTYKKE

Jeg bekrefter å ha lest og forstått informasjonsskrivet med forespørsel om å være forskningsdeltaker i en masteroppgave om Dysfagi og tverrfaglig arbeid i en rehabiliteringsfase.

Jeg er kjent med at deltakelsen er frivillig og at jeg når som helst kan trekke meg uten å begrunne dette nærmere. Jeg er kjent med all data vil bli behandlet konfidensielt og anonymt.

Jeg er kjent med at det blir gjort lydopptak under samtalen og at dette vil bli slettet så snart masteroppgaven er ferdig.

På dette grunnlaget er jeg villig til å delta.

Navn:

Adresse:

Tlf:

Vedlegg nr. 3

Intervju guide

1. Personlige spørsmål:
 - Alder?
 - Hvilke utdannelse har du?
 - Hvilke yrkeserfaring har du?
 - Hvor lenge har du jobbet på dette sentret?
2. Tema dysfagi:
 - Hva vet du om dysfagi?
 - Har du noen tidligere erfaringer med dette? Evt. hva, hvem, hvor.
 - Var dysfagi tema i din utdannelse?
 - På hvilken måte?
3. Tverrfaglig samarbeid:
 - Hva legger du i ordet tverrfaglig samarbeid?
 - Har du tidligere erfaringer med tverrfaglig samarbeid? Evt. Hvem, hva, hvor.
 - Var tverrfaglig samarbeid tema/fag i din utdannelse?
 - På hvilken måte?
 - Hvilke utfordringer ser du ved å jobbe tverrfaglig?
 - Hva ser du som den største fordelene?
 - Hvordan fungerer samarbeidet på sentret?
 - Har du tanker om hvordan samarbeidet evt. kan fungere bedre?
4. Dysfagi og tverrfaglig samarbeid.
 - Syns du det jobbes tverrfaglig i forhold til brukere med dysfagi?
 - Føler du at du lærer noe av de andre faggruppene? Evt. hva kan du lære av dem?
 - Føler du at du har noe å bidra med selv? Evt. hva bidrar du med?
 - Hvordan jobber dere sammen og hvordan jobber dere overfor brukeren i forhold til dysfagi?
 - Har de ulike faggruppene ulike roller?
 - Hva er etter din mening de største forskjellene mellom din rolle og de andres roller?
 - Hvordan kommer det til uttrykk i jobben?
5. Klarer du fra ditt ståsted å se om det er forskjeller mellom holdninger hos de som jobber tverrfaglig ved sentret?
 - Hvorfor tror du evt. det er forskjeller? (utdannelse, personlighet)
6. Rehabilitering: Hva legger du i ordet rehabilitering?

Jorun Høier

Institutt for lærerutdanning og pedagogikk Universitetet i Tromsø

Mellomveien 110

9037 TROMSØ

Vår dato: 20.12.2013

Vår ref: 36698 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36698

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Dysfagi og tverrfaglig arbeid i en rehabiliteringsfase

Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder

Jorun Høier

Ann-Helen Holm

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ann-Helen Holm ann_helen68@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36698

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet til utvalget tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student etterfølger Universitetet i Tromsø sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.05.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.