



**Ergoterapeuter i tverrfaglige team:  
Erfaring, formidling og dialog**

**Master i helsefag**

**Flerfaglig studieretning**

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Institutt for helse og omsorgsfag**

**Norges arktiske universitet**

**Janne Joakimsen**

**Oktober 2015**

## **FORORD**

En lang, utfordrende og lærerik periode går mot slutten nå som mastergradsprosjektet mitt er ferdigstilt. I den forbindelse er det flere jeg har lyst til å takke.

Aller først ønsker jeg å rette en stor takk til informantene mine. Uten dem hadde det ikke blitt noen oppgave.

Videre ønsker jeg virkelig å takke min veileder Aud Obstfelder for all tid og veiledning gjennom den prosessen det har vært å skrive denne oppgaven. Hun har utfordret mine tankemønstre, oppmuntret meg til å fortsette når jeg møtte motgang og har vært dyktig til å se veien videre. Uten henne hadde jeg ikke oppnådd en my innsikt i forhold til ergoterapi og masteroppgaven min hadde ikke vært det den er i dag.

Til sist vil jeg takke venner og familie for alle støtte og tålmodighet gjennom mitt mastergradsforløp. Spesielt vil jeg rette en takk til min barndomsvenninne Birgit Johnsen som har lest korrektur på diverse deler av oppgaven helt fra masteroppgavens spede begynnelse i prosjektskissen. Aller sist vil jeg sende en varm takk til min samboer som har stått ved min side å støttet meg gjennom denne tiden med alt fra oppmuntrende ord til matpakker.

*Tromsø 20.09.2015*

*Janne Joakimsen*

## **SAMMENDRAG:**

Hensikten med prosjektet har vært å få en dypere forståelse av hvordan dagens ergoterapeuter erfarer det å arbeide i en teambasert arbeidshverdag. Jeg har belyst enkelte aspekter ved ergoterapeuters erfaringer i forhold til hvordan det er å formidle egne særfaglige observasjoner og tiltak innad i tverrfaglige team. I tillegg har jeg og sett på hvilke erfaringer de samme ergoterapeutene hadde i forhold til oppfølging av egne tiltak internt i det tverrfaglige teamet.

Fra helsepolitisk hold øker kravet om å arbeide tverrfaglig gjennom ulike stortingsmeldinger , eksempelvis stortingsmelding 47 , Samhandlingsreformen og stortingsmelding 13 Utdanning for velferd - Samspill i praksis. Samhandling, økt kompetanse og bedre utnyttelse av hver enkeltes kompetanse er poeng som blir fremholdt i begge de overnevnte stortingsmeldingene (Helse-og-omsorgsdepartementet 2008-2009, Kunnskapsdepartementet 2011-2012).

Det teoretiske grunnlaget denne oppgaven bygger på er teori om tverrfaglighet, Bengt Molanders teori om kunnskap i handling og de overnevnte stortingsmeldingene som er brukt til å belyse den arbeidsformen informantene er underlagt.

Jeg har i dette masteroppgaveprosjektet intervjuet fem ergoterapeuter som arbeider tverrfaglig innen spesialisthelsetjenesten. Resultatene viser at det å formidle egne fagspesifikke observasjoner, tiltak og gjennomføring av de gitte tiltakene internt i det tverrfaglige teamet, til tider er utfordrende. Informantene opplevde til tider at de ikke ble hørt eller at kollegaene deres manglet kunnskaper eller forståelse om hvilke kunnskaper ergoterapeuten besitter. Konsekvensen av at ergoterapeuten ikke ble hørt eller samsnakket med var at tiltak ikke ble fulgt opp eller ble gjennomført på en annen måte enn det ergoterapeuten hadde vurdert som hensiktsmessig. Jeg har i denne oppgaven hevdet at en mulig løsning på en slik problematikk kan være å etablere en tydelig faglig dialog internt i de tverrfaglige teamene.

Nøkkelord: Ergoterapi, Tverrfaglighet, teambasert arbeidshverdag, kunnskap, dialog, samhandling

## **SUMMARY:**

The purpose of my master's degree project was to gain a deeper understanding of what it means to work as an occupational therapist in a team based environment I wanted to shed light on some aspects of occupational therapists experiences of how it is to convey one's own observations and interventions within the multidisciplinary team. I also wanted to look closer at the occupational therapists' experiences of following through with one's own interventions internally as a part of the multidisciplinary team.

There's a growing political demand for interdisciplinary work and cooperation put forward through various parliamentary documents, for example stortingsmelding 47 , Samhandlingsreformen og stortingsmelding 13 Utdanning for velferd - Samspill i praksis. Cooperation, increased competence and a better utilization of each professionals' skills is emphasized (Helse-og-omsorgsdepartementet 2008-2009, Kunnskapsdepartementet 2011-2012).

The theoretical basis of this project is theory on interdisciplinary teamwork, Bengt Molander and his theory on knowledge in action, and both of the political documents mentioned above. This theoretical foundation is used to illuminate the working methods that informants are subjected to.

In this master project, I have interviewed five occupational therapists who work in interdisciplinary teams in hospitals. The results show that conveying one's own observations and interventions internally in the interdisciplinary team can be challenging. The informants in this project at times experienced not being heard or working with colleagues that lacked knowledge or understanding of what kind of knowledge an occupational therapist possesses. The consequence of not paying attention to the occupational therapist message or not taking the occupational therapists advice, could lead to interventions not being followed through or being implemented in a way that the occupational therapist considered insufficient or not appropriate. I have in this paper argued that a possible solution to such problems might be to establish a clear professional dialogue within the interdisciplinary teams.

Keywords: Occupational therapy, Interdisciplinary, team-based work life, knowledge, dialogue, interaction

# INNHold

|  |           |
|--|-----------|
| <b>FORORD</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>SAMMENDRAG:</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>SUMMARY:</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>INNHold</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>1 INNLEDNING:</b> .....   | <b>6</b>  |
| 1.1 «TVERRFAGLIGHET OG IKKE FLERFAGLIGHET».....                      | 9         |
| 1.2 ERGOTERAPI OG AKTIVITET .....                                    | 10        |
| 1.2.1 <i>Aktivitet som begrep</i> .....                              | 10        |
| 1.2.2 <i>Fagets utvikling og paradigmeskifter</i> .....              | 13        |
| 1.3 FORSKNING INNEN ERGOTERAPI, FAGUTØVELSE OG FAGLIGIDENTITET ..... | 15        |
| <b>2 TEORTETISK GRUNNLAG:</b> .....                                  | <b>18</b> |
| 2.1 TVERRFAGLIGHET OG TVERRFAGLIG SAMARBEID .....                    | 18        |
| 2.2 KUNNSKAP I HANDLING .....  | 20        |
| 2.3 KUNNSKAP OG ERFARING.....  | 22        |
| 2.4 DIALOG.....  | 24        |
| <b>3 METODE:</b> .....   | <b>26</b> |
| 3.1 HERMENEUTIKK.....  | 26        |
| 3.1.1 <i>Vitenskapelig tolkning og horisontsammensmeltning</i> ..... | 26        |
| 3.2 KVALITATIV METODE OG KVALITATIVT INTERVJU .....                  | 28        |
| 3.2.1 <i>Valg av informanter</i> .....                               | 28        |
| 3.2.2 <i>Presentasjon av informantene</i> .....                      | 30        |
| 3.2.3 <i>Forberedelser og gjennomføring av intervjuene</i> .....     | 30        |
| 3.2.4 <i>Forske på eget felt</i> .....                               | 32        |
| 3.2.5 <i>Transkribering, koding og analysering</i> .....             | 33        |
| 3.2.6 <i>Etiske overveielser</i> .....                               | 34        |
| <b>4 RESULTAT:</b> .....   | <b>35</b> |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 4.1      | TVERRFAGLIG SAMARBEID .....                        | 35        |
| 4.1.1    | <i>Når teamarbeidet fungerer</i> .....             | 35        |
| 4.1.2    | <i>Arbeide sammen</i> .....                        | 36        |
| 4.1.3    | <i>Ulikt behov, ulik plassering</i> .....          | 39        |
| 4.2      | FORUTSETNINGER FOR TEAMARBEID .....                | 41        |
| 4.2.1    | <i>Å bli hørt</i> .....                            | 42        |
| 4.2.2    | <i>Opplæring</i> .....                             | 45        |
| 4.2.3    | <i>Ulike arbeidshverdager og ulike behov</i> ..... | 49        |
| 4.3      | OPPSUMMERING RESULTAT.....                         | 52        |
| <b>5</b> | <b>DISKUSJON: .....</b>                            | <b>53</b> |
| 5.1      | TVERRFAGLIGHET OG KUNNSKAP I HANDLING .....        | 53        |
| 5.2      | DIALOG, EN FORUTSETNING FOR TEAMARBEID .....       | 57        |
| <b>6</b> | <b>AVSLUTNING: .....</b>                           | <b>60</b> |
|          | <b>LITTERATURLISTE:.....</b>                       | <b>63</b> |
|          | <b>VEDLEGG .....</b>                               | <b>65</b> |

# **1 INNLEDNING:**

Tverrfaglighet, tverrprofesjonelt samarbeid og arbeid i team er alle begreper som beskriver det å arbeide sammen med andre. Selv om disse begrepene beskriver samme gjøremål er definisjonen av dem noe ulike. Tverrfaglighet blir beskrevet som en gruppe mennesker med ulik fagbakgrunn som blir satt sammen for å løse en felles problemstilling og sammen komme frem til den mest hensiktsmessige løsningen på det gitte problemet (Lauvås 2004). Definisjonen for tverrprofesjonelt samarbeid er derimot ikke så ulik i form av at tverrprofesjonelt samarbeid blir definert som profesjonelle som lærer av, med og om hverandre (Willumsen and Ødegård 2014).

Hvert av begrepene beskriver ulike strømninger og tidsepoker innen det norske helsevesenet, og de politiske føringene helsevesenet er underlagt til enhver tid. Eksempelvis samhandlingsreformen og Stortingsmelding 13, utdanning for velferd – Samspill i praksis. Innenfor helsepolitikken blir samhandling og samarbeid ofte benyttet som honnørord (Willumsen and Ødegård 2014). Disse begrepene skal bidra til en positiv tanke om at helsetjenestene skal forbedre seg og bidra til en positiv utvikling. Regjeringen har gjennomført flere utredninger innen helse- og velferdstjenesten som har hatt til hensikt å belyse at samarbeid er en viktig strategi for å oppnå et velfungerende og kvalitativt godt helsetilbud til den norske befolkningen. Den siste og største utredningen er per dags dato samhandlingsreformen (Willumsen and Ødegård 2014).

Gjennom egen praksis har jeg opplevd både det å arbeide i team hvor roller og kompetanseområder har vært uklare, og i team hvor de ulike profesjonelle aktørene hadde hver sin selvskrevne plass. Teamarbeidet fungerte ved at medlemmene hadde gjensidig respekt for hverandre og fattet beslutninger sammen om den behandlingen av de ulike pasientene. Medlemmene i dette teamet var alle likeverdige og hadde en felles forståelse av hva teamet skulle jobbe med. I rollen som ergoterapeut følte jeg at jeg både ble hørt og respektert av mine kollegaer, uavhengig av hvilken profesjon de tilhørte. Men jeg har også opplevd en annen arbeidshverdag hvor det å være ergoterapeut var en ganske ensom tilværelse, på tross av at jeg hadde mange kollegaer. Da følte jeg at jeg til stadighet måtte forklare min egen kompetanse og begrunne viktigheten av ergoterapi innad i teamet. En arbeidshverdag som denne syntes jeg både var utfordrende og slitsom. Å skulle stå i en slik

arbeidshverdag over tid vil jeg anta er lite gunstig. Videre antar jeg at enhver som må verifisere egen faglighet kontinuerlig vil til slutt bli både lei og oppgitt. Jeg var heldig og min arbeidssituasjon forbedret seg, men i ettertid har erfaringen tydeliggjort min egen forståelse av hva ergoterapi er. I tillegg har jeg blitt bevisst på hva jeg forventer av meg selv som ergoterapeut, og hvilken oppfatning jeg ønsker at mine fremtidige kollegaer skal ha av ergoterapi som profesjon.

Denne erfaringen har blitt utgangspunkt for mitt videre arbeid med dette mastergradsprosjektet. For hvis jeg kan ha erfaring med å to så forskjellige arbeidshverdager, er det da andre ergoterapeuter som har kjent på liknende erfaringer? Hvordan er det å være ergoterapeut i en klinisk arbeidshverdag i 2015, hvor ergoterapeuter til stadig opplever omorganiseringer og endringer av arbeidsbeskrivelse innad i helsevesenet og økte krav om tverrfaglighet?

«Mer helse for hver krone og kvalitet lønner seg» er kjente slagord fra helsesektoren (Warberg 2012). Jeg opplever at helsevesenet etterstreber en stadig forbedring av tjenestene, og samfunnet og politikere ilegger helse Norge stadig økende krav om økt kvalitet og effektivitet. Helsetjenestens profesjoner, ergoterapeuter inkludert, blir berørt av de mange og gjentagende helsepolitiske reformene som det norske helsevesen gjennomgår.

Samhandlingsreformens slagord er Rett behandling- På rett sted- Til rett tid og reformens målsetning er å kunne tilby pasientene et mer helhetlig tilbud gjennom forebygging, koordinerte tjenester, tidlig innsats og en opprustning av kommunenes tilbud og kompetanse (Helse-og-omsorgsdepartementet 2008-2009). Gjennom et økt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten vil spesialisthelsetjenesten kunne konsentrere seg om de mer spesialiserte oppgavene og gi et mer sammensatt tilbud til de pasientene som virkelig trenger det (Helse-og-omsorgsdepartementet 2008-2009).

I samhandlingsreformens forord skriver daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen at den viktigste grunnen til at syke eldre, kronisk syke og mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer ikke får den hjelpen de trenger, er manglende samhandling innad i helsevesenet. Han skriver at en må våge å tenke nytt og at en stadig økende del av pengene må gå til forebygging og oppbygging av tjenester i kommunene (Helse-og-



omsorgsdepartementet 2008-2009)

Endring i tjenestene og økte krav fra samfunnet krever dermed nye måter å arbeide på. Det vil være en øking av helseprofesjoner som vil samarbeide i tverrfaglige team og kunnskapskravene til profesjonene vil øke både på grunn av utvikling innad i helsetjenestene og den generelle samfunnsutviklingen (Kunnskapsdepartementet 2011-2012). Hver av profesjonene vil ha egne fagområder hvor deres kjernekompetanse er representert og det er synliggjøring av hver enkeltes kjernekompetanse som vil ligge til grunn for en vellykket samhandling innad i teamene (ibid.). I tillegg til at de ulike aktørene har oversikt over hverandres kompetanse er det en forutsetning at hver enkelt profesjonsutøver har forståelse for helse- og velferdssystemet som helhet og sin egen rolle innad i systemet (ibid.). Dermed er det en forutsetning at de ulike profesjonene lærer sammen både i teori og i praksis (Kunnskapsdepartementet 2011-2012)

Stortingsmelding 13, Utdanning for velferd, handler om å øke kompetansen. Det blir poengtert at en ikke bare må høyne nivået innad i de helse- og sosialfagutdanningene men at en også øke kunnskapen om de ulike profesjonene på tvers av utdanningene. Av meldingen fremgår det at økt forståelse av andres profesjoner ikke vil svekke den enkeltes kjernekompetanse, men heller styrke den. (Kunnskapsdepartementet 2011-2012)

I begge de nevnte stortingsmeldingene kommer det tydelig frem at det blant annet er tverrfaglig arbeid helse Norge skal satse på. Jeg opplever det som en gjennomgående forventning fra politikere, pasienter og kollegaer at tverrfaglig arbeid er den nye gullstandarden for pasientbehandling i vårt samfunn. Med bakgrunn i de overnevnte stortingsmeldingene, og egne erfaringer har jeg fått en interesse for hvordan de som arbeider i feltet erfarer egen fagutøvelse når de arbeider i en tverrfaglig arbeidshverdag. Er det slik at vi har fått en økt forståelse av hverandres kjernekompetanse, og dermed fått et styrket helsevesen. Eller har profesjonene blitt mer lik hverandre og fått redusert sine faglige særegenheter? Dette er til gjengjeld et svært stort og omfattende tema som jeg vanskelig kan svare på i en enkelt masteroppgave. Derfor ønsker jeg å se nærmere på erfaringene fra ergoterapeutene som sier at de arbeider tverrfaglig. Hvordan erfarer de egen arbeidshverdag som medlemmer i tverrfaglige team? Hvilke erfaringer og tanker har de gjort seg rundt temaet? Med bakgrunn i denne undringen har jeg kommet fram til følgende

problemstillinger.

*1. Hvilke erfaringer har ergoterapeuter med å formidle egne fagspesifikke observasjoner og tiltak i team med andre profesjoner?*

*2. Hvilke erfaringer har ergoterapeuter i forhold til hvordan de andre profesjonsgruppene i teamet følger opp ergoterapeutiske tiltak.*

### **1.1 «Tverrfaglighet og ikke flerfaglighet»**

Debatter og forskning har diskutert om tverrfaglige team virkelig er tverrfaglige eller om teamene egentlig arbeider flerfaglig. For eksempel viser flere studier av tverrfaglige team at teammedlemmene arbeider side ved side og at det ikke integrerer hverandres kompetanse i felles tiltak og initiativ (Lauvås 2004, Curtin, Molineux et al. 2010). Studiene hevder at det kan resultere i redusert effektivitet og at sider ved pasientens utfordringer kan bli oversett og glemt (Curtin, Molineux et al. 2010) Men utgangspunktet for mitt prosjekt var ikke å undersøke om ergoterapeuter arbeider tverrfaglig eller ikke, men heller å utforske erfaringene til ergoterapeuter som arbeider teambasert hverdag med medlemmer fra andre profesjoner. Derfor ble verken intervjuguide eller det teoretiske bakteppet styrt av denne debatten.

## **1.2 Ergoterapi og aktivitet**

Ergoterapiens opprinnelse kan spores tilbake til 1900 tallet og ble på mange måter et motsvar til datidens biomedisinske tenkning (Ness 2002). Ergoterapi har til hensikt å fremme helse og livskvalitet gjennom aktivitet og deltakelse i meningsfull aktivitet. Ergoterapeuter kan gi helsetilbud til personer som på grunn av sykdom, skade og funksjonshemming har vanskelig for å gjennomføre hverdagsaktiviteter eller har en form for funksjonsnedsettelse.

Grunnleggende verdier innen ergoterapi er at alle mennesker har behov for, og rett til aktivitet og deltagelse i samfunnet (Borg 2007, Kielhofner 2010, Institutt for helse- og omsorgsfag 2014). Ness beskriver at pionerne innen ergoterapifaget kom fra ulike profesjoner og hadde en felles forståelse av aktivitet. De så på aktivitet som et menneskelig behov og som et middel for rehabilitering eller distraksjon fra sykdom (Ness, Ness et al. 1995).

### **1.2.1 Aktivitet som begrep**

Aktivitet er et av ergoterapifagets kjernebegrep (Curtin, Molineux et al. 2010). Men selv om aktivitet er et av ergoterapi-fagets kjernebegreper er det ikke enkelt å definere, og ergoterapeuter opererer med svært mange ulike definisjoner på det gitte begrepet (Curtin, Molineux et al. 2010). Dette gjør at aktivitetsbegrepet ikke bare er omfattende men det innebærer også ulike dimensjoner (Curtin, Molineux et al. 2010, Kielhofner 2010). Innenfor ergoterapeutisk faglitteratur innebærer begrepet flere lag, det første er at sunnhet og velvære er vesentlige komponenter (Kielhofner 2010). Dernest har behandlingen utgangspunkt i aktivitetsutfordringer og en tredje del av aktivitetsbegrepet innebærer tilrettelegging av dagliglivets aktiviteter og aktivitetsbasert praksis (Kielhofner 2010).

Curtin & Molineux (2010) hevder at det ikke vil være hensiktsmessig for ergoterapifaget å begrense aktivitetsbegrepet til en enkelt og liten definisjon ettersom begrepet innebærer så mange ulike dimensjoner og komponenter. Videre skriver de at aktivitetsbegrepet har flere ulike karakteristikk (Curtin, Molineux et al. 2010). Jeg vil presentere fire ulike karakteristikk, engasjement, hensikt, mening og kontekst.

### **Aktivitet som engasjement**

Aktivitet er en prosess som gjøres synlig gjennom handling (Curtin, Molineux et al. 2010). Denne prosessen er aktiv gjennom at aktiviteter opptar både tid, plass, energi, interesser og oppmerksomhet (Ibid.). Å tenke på fysiske handlinger som aktivitet er enkelt men aktivitet innebærer også et mentalt aspekt. Et eksempel er at det å bygge et gjerde kan bli ansett som det å gjennomføre en fysisk aktivitet. Den fysiske siden av selve gjerde byggingen er synlig. Vi ser at planker blir satt sammen i ett bestemt system, og en benytter ulike verktøy som hammer og spiker. Men denne aktiviteten krever også mental aktivitet i form av planlegging av aktiviteten. Hvordan vet byggeren hvordan han skal sette sammen gjerdet og hvilke redskaper han trenger for å få fullført aktiviteten?

Mental og fysisk handling kan opptre enten samtidig eller hver for seg, med andre ord kan en aktivitet inneholde en eller begge aspektene, men fortsatt bli ansett som en aktivitet fra et ergoterapeutisk perspektiv (Curtin, Molineux et al. 2010). Implisitt for ideen om at aktivitet kan inneholde både fysiske og mentale aspekter er troen på at hvert enkelt menneske er avhengig av ens eget utgangspunkt og muligheter for aktivitet. Gjennomføring av aktivitet vil variere fra person til person og fra aktivitet til aktivitet ettersom alle mennesker er ulike og har ulike forutsetninger og interesser for aktivitetsutførelse (Curtin, Molineux et al. 2010).

### **Aktivitet som hensikt**

Alle mennesker har behov for at ens liv og handlinger har hensikt ((Curtin, Molineux et al. 2010). Dette har blitt tydelig gjennom gjentatte forsøk på å definere og klassifisere aktivtetsbegrepet. På et abstrakt og generelt grunnlag kan en si at det mennesker gjør (aktiviteter) grovt kan deles inn i tre kategorier. De *personlige aktivitetene* som har til hensikt å ivareta våre personlige behov som det å vaske seg eller kle på seg. Den andre kategorien er de *produktive aktivitetene* en gjør, eksempelvis arbeid. Vi jobber slik at vi kan skaffe penger samt bidra til det samfunnet vi er en del av. Tredje type aktivitet er det vi gjør på fritiden som representerer de *lystbetonete aktivitetene* eksempelvis lese en bok eller leke med våre barn (Curtin, Molineux et al. 2010).

### **Aktivitet som mening**

På samme måte som all aktivitet har en hensikt har også aktivitetene mening (Curtin, Molineux et al. 2010). Sentralt innen begrepet med aktivitet som mening er at meningene som er knyttet til aktivitetene er både individuelle og dynamiske og kan variere fra person til person og fra aktivitet til aktivitet. Årsaken til at hver meningsoppfattelse vil variere er at hver enkelt av oss forstår ens egen eksistens utfra individuelle utgangspunkt. Den meningen en person kan ilegge en aktivitet trenger dermed ikke å være lik den en annen har. Videre må hver enkelt av oss forholde oss til alle de ulike miljøene som vi befinner oss i og vi er i stadig endring som personer. Dermed kan betydningen vi ilegger en aktivitet endre seg over tid. Derfor blir det særdeles viktig å få innsikt i hvert enkeltes subjekts oppfattelse av hva og hvilken mening de ilegger de ulike aktivitetene, ettersom mening motiverer til aktivitetsutførelse (Curtin, Molineux et al. 2010).

### **Aktivitet som kontekst**

Mange forfattere av ergoterapilitteratur og ergoterapeutisk forskning har hevdet at hvert eneste menneske beveger seg i mange ulike kontekster (Curtin, Molineux et al. 2010). Disse kan være; fysiske, sosiale, kulturelle, juridiske, politiske, økonomiske eller historiske. De ulike kontekstene en befinner seg i påvirker aktivitetene og aktivitetene påvirker de ulike kontekstene. I faglitteraturen blir det derfor diskutert at for å forstå en aktivitet må en forstå konteksten som aktiviteten befinner seg innenfor. Ethvert individ har en aktivitetshistorie som de bærer med seg fra tidligere i livet og som vil ha betydning for hvilke aktiviteter de vil ønske å utføre i fremtiden (Curtin, Molineux et al. 2010).

### 1.2.2 Fagets utvikling og paradigmeskifter

Ergoterapifaget har som nevnt tidligere sin opprinnelse fra 1900 tallet (Ness 2002). Selv om grunnverdiene har dreiet seg om viktigheten av aktiviteter så har tenkingen bak ergoterapi endret seg opp gjennom tidene og faget har gjennomgått flere ulike paradigmeskifter (Ness 2002). Fagets første paradigme er blitt omtalt som aktivitetsparadigmet og hadde sin relevans rundt år 1900. Da bar ergoterapiens faglige ideer preg av at virksomhet (aktivitet som virksomhet) var en sentral del i et hvert menneskes liv. Mennesket er en helhet som befatter både kropp og sjel, og mennesket har behov for at hvile, arbeid, lek og søvn blir satt i system. Målet med datidens ergoterapi handlet om å tilbakeføre pasienter til samfunnet med overbevisning om at systematisk bruk av aktiviteter kunne føre til gjenoppretting av tapt funksjon (Ness 2002).

Fagets neste paradigmeskifte er blitt beskrevet som det mekaniske paradigmet og er blitt tidfestet til ca. 1950 (Ness 2002). I løpet av to verdenskriger ble ikke grunnideen i faget endret nevneverdig. Ergoterapifaget opplevde derimot en endring i form av at faget nå forsøkte å nærme seg den medisinske verden i form av at faget nå ble preget av en tydeligere mekanisk tenkning. Det ble dannet kvalitetskrav for utdanningen og i 1952 ble det dannet et minimumskrav til utdanning som ergoterapeut. Minimumskravene gjennomgikk flere revisjoner før de ble gjeldende, og fungerte som en standard ved for eksempel danning av ergoterapeutiske utdanningssted (Ness 2002).

Videre ble faget preget av en økende medisinsk og naturvitenskapelig tenking i form av at ergoterapeutene begynte å se mennesket som deler (Ness 2002). Tanken var at der det er et problem finnes det en årsak til problemet som kan analyseres, måles og kureres. Samtidig ble ergoterapifaget preget av at det skjedde en todeling innen faget mellom psykiatrisk ergoterapi og fysikalsk medisinsk ergoterapi (Ness 2002).

Ergoterapifagets siste paradigmeskifte skjedde rundt 1980-tallet og var et skifte som ennå er i utvikling. Dette paradigmet kalles «aktivitet som samfunnsdeltagelse» (Ness 2002).

I begynnelsen av 1980-tallet skjedde det en endring i primærhelsetjenesten hvor en utvidet forståelse av helsebegrepet oppstod. Det ble nå lagt større vekt på å se sykdom og

helseutfordringer i et sosialt perspektiv fremfor biomedisinsk. I de siste tretti årene har ergoterapifagets teorigrunnlag og yrkesfunksjon blitt diskutert og videreutviklet (Ness 2002).

Virksomhetsteori er blitt tatt i bruk og ergoterapeuter ser mennesket i økende grad som en helhet og i sammenheng med sine omgivelser. Gjennom fagets utvikling i 1980 årene har en del av fagets grunnverdier og tanker igjen blitt aktualisert og gjort gjeldende i dagens utøvelse av ergoterapifaget. De aktivitetsutfordringene ergoterapeutene på 1980-tallet måtte forholde seg til har endret seg fra å dreie seg om delfunksjoner og diagnoser til å dreie seg om utfordringer knyttet til aktivitetstap, deltagelse i samfunnet og sosial urettferdighet (Ness 2002).

### **1.3 Forskning innen ergoterapi, fagutøvelse og fagligidentitet**

I løpet av de siste tretti årene har det blitt gjort en rekke ulike studier hvor forskere har undersøkt hvordan ergoterapeuter fra ulike fagfelt definerer og oppfatter sin faglige identitet, profesjonelle rolle og egen kompetanse (Kinn and Aas 2009).

Allerede i 1991 publiserte Lycett resultatene av sin studie som totalt omfattet 46 britiske ergoterapeuter som hadde fått i oppgave å definere ergoterapi (Lycett 1991). Ergoterapeutene som deltok i studien arbeidet både innenfor psykiatrisk og somatisk helsevesen, og informantene hadde varierende lengde på arbeidserfaringen. Resultatene av studien viste at ergoterapeutene ikke klarte å definere eget fag. De benyttet i stedet en mengde ulike begreper for å beskrive hva ergoterapi er. Videre viste det seg at bare 28% av deltagerne ikke opplevde noen vanskeligheter med å forklare og definere ergoterapi, mens de resterende 72% opplevde i varierende grad vanskeligheter rundt dette (Lycett 1991).

Lycett (1991) avslutter artikkelen med en anbefaling om at ergoterapeuter behøver en sterkere og tydeligere identitet. Hun antar at profesjonen kan erverve seg en sterkere og tydeligere identitet gjennom konstruktive analyser av ergoterapirollen og diskusjoner om fagets kjerneverdier (ibid.). Lycett avslutter artikkelen med å anerkjenne at det vil være vanskelig å skape en samlende definisjon på faget. Profesjonen burde heller lage flere definisjoner av ergoterapi innen de ulike arbeidsområdene, ettersom ergoterapi utøves på så mange forskjellige områder (Lycett 1991).

Den publiserte forskningen viser at det er et relativt høyt nivå av arbeidstilfredstillelse hos ergoterapeuter hvor den kliniske rollen som ergoterapeut er betegnet som sentral (Kinn and Aas 2009). Til tross for utydelig identitet og definisjon, er ergoterapeuter i kliniske stillinger tilfreds med arbeidet. Likevel, dersom ergoterapeuter ikke opplever anerkjennelse fra andre profesjoner kan det gå utover opplevelsen av profesjonell selvtillit (Lloyd and King 2001). Både i kvalitative og kvantitative studier finnes det et spenningspunkt mellom følelsen av en sterk faglig identitet og manglende anerkjennelse fra andre faggrupper (Lloyd and King 2001, Curtin, Molineux et al. 2010). For eksempel har flere studier vist at ergoterapeuter på tvers av landegrenser og fagområder har følt seg usynlige, misforstått og utsatt for stereotyper. Ergoterapeuters profesjonelle selvtillit og roller har dermed blitt beskrevet som kompleks og



sammensatt (Kinn and Aas 2009, Edwards and Dirette 2010).

Edwards og Dirette (2010) beskriver at ergoterapeuter som mangler en klar oppfattelse av egen faglig identitet har en større risiko for å oppnå en forvillelse av hva en ergoterapi faglig identitet er. Dermed kan ergoterapeutene utilsiktet adoptere andres helsefaglige profesjoners fagidentiteter, som igjen kan føre til stress og utbrenthet på arbeidsplassen i kampen om å finne egen faglig identitet (Lloyd and King 2001, Edwards and Dirette 2010). Moore fant ut i 2006 at en av hovedgrunnene til redusert arbeidstilfredshet blant australske ergoterapeuter var at andre helsearbeidere, og pasienter ikke forstod ergoterapeutens rolle (Curtin, Molineux et al. 2010). Misnøyen med eget profesjonelt image av ergoterapi kunne resultere i at ergoterapeuter forlot faget (ibid.).

Tverrfaglige team skal tilby god, trygg og etisk korrekt behandling av pasientene (Curtin, Molineux et al. 2010). Det forutsetter at alle teammedlemmene leverer relevant og korrekt informasjon. Det vil dermed være essensielt at ergoterapeuten evner å klargjøre ergoterapeutens rolle og kompetanse. Hvis ergoterapeutens faglige bidrag ikke blir anerkjent, kan pasienter som kunne ha nyttiggjort seg av en ergoterapeutisk behandling risikerer å gå glipp av tilbudet (Curtin, Molineux et al. 2010).

Utvikling av faglig identitet er noe som skjer over tid og ifølge Halvorsen (2013) spiller fagutdanningen en stor rolle. Gjennom utdanningen tilegner studentene seg kunnskap om egen profesjon, i form av teorier og modeller som profesjonen er basert på (Ikiugu and Rosso 2003, Halvorsen 2013). Med bakgrunn i kunnskaper om konsekvensene av en svak faglig identitet gjennomførte Ikiugu og Ross (2003) en studie blant ergoterapistudenter hvor de undersøkte hvordan studentene kunne utvikle en sterkere faglig identitet. Resultatet av studien viste at det var en sterk sammenheng mellom teori og praksis (Ikiugu and Rosso 2003). Gjennom diskusjoner som foregikk i styrte grupper fikk studentene forståelse av hvordan de kunne anvende teori i praksis. Dette førte til at de ble tryggere på seg selv og egen fagidentitet (Ikiugu and Rosso 2003).

Gjennom forskning og ergoterapifaglig litteratur som er blitt gjort rede for ovenfor er det tydelig at ergoterapeuter har vanskelig for å artikulere egen kompetanse og det å definere eget fag (Lycett 1991, Kinn and Aas 2009). Forskningen viser og at en manglende evne til å

artikulerer eget fag kan få store konsekvenser for både profesjonen og yrkesutøveren (Lycett 1991, Kinn and Aas 2009, Curtin, Molineux et al. 2010). I Curtin og Molineux bok fra 2010 blir det hevdet at det er avgjørende for profesjonens overlevelse at yrkesutøverne er i stand til å representere og fremme ergoterapi som fag på en korrekt og presis måte (Curtin, Molineux et al. 2010). Gjennom en klar og tydelig definisjon vil faget kunne vokse seg større, utvikle seg og bli en selvsagt og større del av helsefagene i fremtiden. Som kontrast kan en si at hvis ergoterapeuter som faggruppe ikke evner å fremme og definere eget fag vil en kunne risikere at ergoterapifaglige vurderinger og hensyn ikke vil bli tatt med i avgjørelser og vurderinger. Konsekvensene av å bli ekskludert fra avgjørelser og vurderinger kan føre til tap av helse og livskvalitet for både individer, familier og samfunnet generelt. Dermed blir behovet for å kunne forklare og fremme eget fag viktigere enn man initialt kunne ha antatt (Curtin, Molineux et al. 2010).

Dagens helsevesen er i økende grad styrt av krav om effektivitet og lønnsomhet (Helse-og-omsorgsdepartementet 2008-2009). Det kan være essensielt at ergoterapeuter evner å artikulere fagets distinktive bidrag innen pasient behandlingen, for å hindre å bli byttet ut med rimeligere økonomiske løsninger, eksempelvis ufaglærte assistenter (Curtin, Molineux et al. 2010). En tydelig definisjon av ergoterapi kan føre til et styrket og velfungerende tverrfaglig team arbeid (ibid.).

## **2 TEORITETISK GRUNNLAG:**

Jeg vil i dette kapitlet gjøre rede for aktuell teori som omhandler tverrfaglig samarbeid og kunnskap i handling. Jeg vil benytte Molanders teori om kunnskap i handling og dialog til å analysere tverrfaglig samarbeid og forutsetninger for tverrfaglig arbeid slik informantene i dette prosjektet ser det. Slik jeg ser det er ergoterapi et praktisk yrke hvor yrkesutøverne er avhengig av å formidle egen kunnskap enten gjennom ord eller handlinger. Evnen til å gjennomføre denne formidlingen av egen kunnskap og kompetanse vil igjen påvirke det praktiske samarbeidet innad i et tverrfaglig team. Jeg vil utdype disse påstandene gjennom bruk av den valgte teorien og videre knytte teori opp mot informantenes utsagn i resultat og diskusjonsdelen.

### **2.1 Tverrfaglighet og tverrfaglig samarbeid**

Ergoterapeuter arbeider i økende grad i tverrfaglige team, og kravet om samhandling og tverrfaglighet kommer både fra helsepolitisk hold og fra samfunnet (Lauvås 2004, Helse-og-omsorgsdepartementet 2008-2009). Siden alle informantene i dette prosjektet arbeider i tverrfaglige team vil jeg starte med å definere begrepet «tverrfaglighet».

De tverrfaglige teamene skal produsere sammensatte helsetjenester som skal basere seg på teamdeltagernes profesjonelle kunnskaper og ulike perspektiver (Melby and Tjora 2013). Et tverrfaglig team består av ansatte fra ulike profesjoner og ulik kompetanse (Helse-og-omsorgsdepartementet 2008-2009). Ofte består teamet av ansatte som har videreutdannet eller ervervet seg spesialisert kunnskap gjennom kurs og lignende innenfor sine fagområder (Melby and Tjora 2013). Formålet med de tverrfaglige teamene er at de ulike deltakerne skal bidra med en kunnskapsoverføring innad i teamet, mellom de ulike behandlingsnivåene, forebygge innleggelse, redusere behandlingstid og hindre at pasienter og pårørende får unødig lang reisevei (Helse-og-omsorgsdepartementet 2008-2009, Melby and Tjora 2013).

Tverrfaglighet innad samme etat, institusjon eller avdeling betyr at de ulike teammedlemmene kan utveksle relevante opplysninger som omhandler den pasienten teamet er etablert rundt (Lauvås 2004). For øvrig kan det å nevnes at for å få til et velfungerende tverrfaglig samarbeid er det relevant at de ulike teammedlemmene er klar over de ulike

profesjonenes kompetanse (Curtin, Molineux et al. 2010). Tverrfaglighet forutsetter at de ulike teammedlemmene evner å artikulere sine respektive fags kjerneverdier, hvilken filosofi profesjonen bygger på, og hva hvilken kompetanse hver enkelt besitter (Lauvås 2004, Melby and Tjora 2013).

Ulike profesjoner blir satt sammen i tverrfaglige team for å kunne samarbeide og kunne tilby pasientene en faglig bredde og kvalitet på tjenestene (Lauvås 2004). I et tverrfaglig samarbeid står koordinering og utveksling av informasjon sentralt. Det er et fremvoksende behov for koordinering av arbeidet til en rekke ulike faginstanser og fagpersoner som ligger til grunn for behovet for tverrfagligsamarbeid. I dag er tverrfagligbehandling ved norske sykehus ansett å være noe av det beste en kan tilby pasientene. Tverrfaglighet skal sikre at pasientene får helhetlig og kvalitativt god behandling, og at de ansatte har høy kompetanse innenfor sine respektive arbeidsområder. Videre skal tverrfaglighet også gi de ansatte en mulighet til å arbeide innen et spennende og lærerikt felt (Lauvås 2004).

Med bakgrunn i beskrivelsen av tverrfaglighet ovenfor kan en se at tverrfaglighet i hovedsak handler om å arbeide sammen å dele kunnskap og erverve ny kunnskap gjennom samarbeid med andre. Jeg har tidligere henvist til samhandlingsreformen som blant annet etterlyser mer og bedre samhandling mellom de ulike helseprofesjonene. Hvis ulike profesjoner skal samhandle og arbeide sammen i tverrfaglige team samt dele hverandres profesjonelle kunnskaper og perspektiver, tolker jeg det dit hen at det innebærer å handle i kunnskap i et teambasert fellesskap. Jeg vil derfor nå gå videre med å beskrive hvordan vi kan handle i kunnskap sammen med hverandre.

## 2.2 Kunnskap i handling

Det å arbeide i team innebærer som nevnt tidligere at en arbeider sammen, og deler på den kunnskapen en selv besitter med de andre teammedlemmene. Hensikten med denne kunnskapsdelingen er å kunne få et sammensatt bilde av pasientenes sykdomsbilde og dermed kunne tilby en skreddersydd behandling. Molanders teori om kunnskap i handling benyttes for å få en dypere forståelse av hva det vil si å dele kunnskap med andre.

Forståelse av en del krever forståelse av helheten (*Molander 1996*). Utsagnet sier meg noe om hvordan hver og en av oss er nødt å se på kunnskapens mange sider for å oppnår en ny og eventuelt økt kunnskap. Kunnskap i handling handler ikke bare om den praktiske kunnskapen eller den teoretiske kunnskapen. Molander (1996) ser kunnskap i handling som en kombinasjon av både den teoretiske og den praktiske kunnskapen. Han hevder at en kan ikke ha det ene uten det andre og at det i all hovedsak handler om en levende kunnskap. I boken «Kunnskap i Handling» gir Molander flere eksempler på hvordan en kan utvikle kunnskap.

Kunnskap er noe som utvikles over tid og gjennom flere ulike prosesser (*Molander 1996*). For å forklare hans teori om hvordan en utvikler kunnskap vil jeg gi mitt eget eksempel i forhold til det å bli en ergoterapeut. Som ergoterapistudent starter en med å erverve seg teoretisk kunnskap gjennom forelesninger og fagbøker. Neste steg er å være i praksis hvor en følger en veileder. Man forsøker å imitere denne veilederens måte å utøve faget på, samtidig som man forsøker å linke det en lærer i praksis opp mot det en har lest seg til underveis i studiet. Etter endt studie er en ferdig utdannet og kravet om å handle i tråd med ergoterapeutiske retningslinjer blir i større grad enn tidligere gjeldende. Det er når studenten er blitt fagperson, at en i økende grad enn tidligere er nødt til å stole på egne avgjørelser. Ens personlighet vil få større spillerom og påvirkning i fagutøvelsen. Den tidligere studenten har nå forhåpentligvis oppnådd en yrkesidentitet og kan handle og analysere som ergoterapeut.

Slik jeg tolker Molander er kunnskap noe konstant foranderlig, kunnskapen er levende og vi må være oppmerksomme på hva vi vet og hvilken kunnskap vi må tilegne oss. Det er ingen som er ekspert for evig hvis de ikke evner og holde seg faglig oppdatert samtidig som en er

oppmerksom på den skiftende kunnskapen rundt oss (Molander 1996).

## 2.3 Kunnskap og erfaring

Molander (1996) sier at innen ethvert yrke er det vesentlig at en gjennomfører rett handling til rett tid. Dette forutsetter at en innehar noe mer enn bare ervervete spesialkunnskaper. Det er grunnleggende for yrkesutøveren å forstå hvilke oppgaver en mestrer og hvilke man ikke mestrer. Yrkesutøveren skal kunne stole på egen kunnskap og erfaring samtidig som han innser egne begrensninger. Dette handler om innsikt, oppmerksomhet og hva som er etisk forsvarlig og riktig. Ved brudd på selvinnsikt i egen fagkunnskap risikerer en å begrense egne muligheter for å tilegne seg ny kunnskap, og eventuelt kan det hindre at den kunnskapen yrkesutøveren besitter ikke vil komme til uttrykk i ord og handlinger (Molander 1996).

Som Molander (1996) sier den kyndige yrkesutøveren må fortsetter å lære. Det gjelder at man må lære seg å være oppmerksom på egen praksis. Hva er det man gjør og hvordan påvirker dette videre handling. Det handler om å finne en balansegang mellom rutine og oppmerksomhet. Til en viss grad kan man øve seg opp til å være rutinemessig oppmerksom, men hvis man bare er oppmerksom på det som er kjent vil man likevel gå glipp av mye relevant informasjon. Det er dermed essensielt at en må lære seg å være oppmerksom på det uventete, det utypiske og faktisk det ukjente. For at en yrkesutøver skal ha evne til å være oppmerksom på det ukjente og uventete, så kreves det at store deler av den kliniske arbeidsutførelsen går på rutine uten at den krever mye oppmerksomhet. Poenget er at jo mer som går på rutine desto vanskeligere er det å være åpen for det ukjente og uventete. Dermed oppstår det et spenningsforhold mellom rutine og oppmerksomhet. Jo mer som går på rutine i en arbeidshverdag jo vanskeligere vil det være å være åpen for å ta inn nye opplevelser/refleksjoner (Molander 1996).

Det handler nemlig om den levende kunnskapen og hvordan kunnskap utvikler seg (Molander 1996). Et grunnleggende prinsipp for kunnskap er at den må gi mening og for å skape mening må en stille spørsmål. Å stille spørsmål som ikke nødvendigvis passer overens med kunnskapen. Kunnskapen er levende, og for at kunnskap skal kunne utvikle seg er en avhengig av å stille spørsmål. En må våge å stille spørsmål, gi svar og handle. Men en enkelt handling utgjør ikke kunnskap så fremst ikke både oppgaven som handlingen er tiltenkt å fullføre er forstått, og handlingen forstås som en fullføring av oppgave. Ingen forståelse er ubetinget og all forståelse krever forforståelse (Molander 1996). Så hvis en tenker tilbake til

det eksempelet jeg gav om det å bli ergoterapeut ser en hvordan studenten er avhengig av å stille spørsmål for å kunne forstå og for å kunne sette seg inn i ergoterapeuters hverdag. Som profesjonsutøver er en avhengig av å fortsette å stille spørsmål for å kunne tilegne seg ny kunnskap slik at en kan fortsette å utvikle egen kunnskap og være en kyndig profesjonsutøver (Molander 1996).

Menneskers spørsmål og undringer kan åpne for en ny virkelighet (Molander 1996).

Virkeligheten bli åpnet gjennom de spørsmål man stiller og de svarene en får. Gjennom å anvende kjente begreper kan en gjøre virkeligheten mer tilgjengelig. Dermed blir kunnskap gjort levende gjennom menneskelige aktiviteter. I den grad at vi kan lære oss å se bedre, handle på en kyndigere måte og tenke bedre, samtidig som vi med hele kroppen må åpne oss for virkeligheten rundt oss (Molander 1996).



## 2.4 Dialog

*«For hvert eneste steg du tar ligger monologen på lur med sine utrop, spørsmåltegn, sine edle følelser sine prikker over I'en, midt i et kyss. Sin malende klage og sitt repertoar av knuste speil», (Molander 1996 s.83).*

I innledning til kapitlet om dialog beskriver Molander at to mennesker som møtes har en mulighet for dialog og at en viktig side ved dialogen er å være sammen både med og uten ord (Molander,1996). I en arbeidshverdag møter yrkesutøveren sine kollegaer både i formelle og uformelle situasjoner hvor vedkommende snakker med sine kollegaer. Viktigheten av hva de enkelte sier og hvordan en er innstilt over hverandre kan være avgjørende slik jeg ser det for hvordan kommunikasjonen vil arte seg fremover og hvilken innvirkning den kan få hos pasienten.

Kommunikasjon har som et av sine hovedmål å etablere og opprettholde en felles forståelse og dermed et fellesskap for de som befinner seg i dialogen (Molander 1996). Men ettersom dialogen alltid er i bevegelse kan den felles forståelsen bli ødelagt, og faren for å ende opp med en monolog er alltid til stede (Molander 1996).

Gjennom dialog vil en kunne oppnå en sammensmeltning av de ulike kunnskapsformene (Molander 1996). Molander beskriver at den Sokratiske dialogen har som mål at de deltagende partene får innsikt i den kunnskapen de allerede har. Det er gjennom spørsmål og svar at den ikke reflekterte kunnskapen som vi besitter kan bli synlig. Selv om målet med å avdekke all kunnskap vil være tilnærmet umulig å oppnå, er det fortsatt en hensiktsmessig aktivitet. Et annet mål vil være at man oppnår at både den teoretiske kunnskapen og den praktiske kunnskapen sammenslåes og at vi kan få kunnskap om hvordan en bør leve og hvordan verden er i en enkelt sammenføyning. For øvrig skal dialogen være et uttrykk for menneskets fornuft og si noe om hva som konstituerer et godt liv (Molander 1996).

Dialog er en bevegelse av identitet og forståelse (Molander 1996). Alle de ulike synspunktene kan føres inn i en dialog; riktige, gale, irrelevante eller lite gjennomtenkte. Dette er ikke noe

som skal avgjøres på forhånd, det er kun gjennom en dialog med flere parter at kunnskapsbildet kan bli etablert gjennom den reflekterte dialogen. Derfor skal en ikke ha forbud mot kritiske spørsmål ettersom dette kan føre til at mennesker tror de besitter kunnskap som de i realiteten ikke besitter (Molander 1996).

Ett annet poeng er at refleksjon over egen kunnskap kan innebære at en bruker sin egen innsikt for å spisse oppmerksomheten inn mot det man faktisk både kan og vet fra før av (Molander 1996). Et siste poeng i forhold til den faglige dialogen mellom yrkesutøvere er at man i utgangspunktet antar at den kunnskapen man søker befinner seg innad i den gruppen hvor diskusjonen pågår. I en faglig diskusjon skal det være rom for å stille både de kritiske spørsmålene eller setter spørsmålstegn ved det man måtte undre seg over. Men en skal være oppmerksom på at kunnskap kan også bli ødelagt av spørsmål. Menneskers kunnskap og ens tro på egen kunnskap kan ofte være en betydelig del av ens yrkesidentitet. Ved at det stilles spørsmålstegn ved hver enkeltes kunnskap så kan det og oppleves som det blir stilt spørsmålstegn med yrkesutøveren selv. En slik utspørring kan påvirke den kunnskapen og personen i en svært negativ retning i form av at en mister troen på både egen kunnskap og seg selv som kunnskapsrik yrkesutøver (Molander 1996).

Forøvrig må det og nevnes at en ikke kan ha et forbud mot kritiske spørsmål, da det er gjennom spørsmål at en får testet og utviklet kunnskap (Molander 1996). Problemet er at en yrkesutøver som ikke kan beskrive den kunnskapen han besitter og hvordan den påvirker ens yrkesutøvelse kan bli oppfattet som om vedkommende ikke vet hva han gjør. Kunnskap i handling krever at yrkesutøveren er både sikker i sine utsagn, på den kunnskapen han besitter og at en vet både hva man kan og hvordan en skal utøve disse kunnskapene. Kritiske spørsmål kan rokke ved denne sikkerheten om egen kunnskap, Hos yrkesutøvere som kommer fra yrkesgrupper med svak kunnskapsgrunnlag kan dette resultere i at yrkesutøveren kommer svakt ut i faglige diskusjoner (Molander 1996).

### **3 METODE:**

#### **3.1 Hermeneutikk**

I arbeidet med dette prosjektet har jeg valgt å ha en hermeneutisk tilnærming. Gjennom min masteroppgave ønsker jeg å få en dypere forståelse av hvordan dagens ergoterapeuter erfarer og opplever det å være ergoterapeut i en teambasert arbeidshverdag. Jeg ønsker å oppnå en ny forståelse av hvordan det er være ergoterapeut i praksis sett opp mot de føringer som ergoterapeutene er underlagt av egen ledelse og fra politisk hold.

Hermeneutikk er fortolkningslære, læren om tolking av tekster, diskurser og handlinger (Kvale and Brinkmann 2009). I følge Ricoeur i Kvale og Brinkmann (2009) er mennesker selvfortolkende vesener (Kvale and Brinkmann 2009). Mennesker forstår utfra egne forståelsesredskaper som er betinget av hver enkeltes liv, gjennom tradisjoner og historisk liv. Enhver forståelse beror på ens egen forforståelse, samtidig som enhver tekst kan forstås ut fra en gitt kontekst. Viten og forståelse av hva andre mennesker handlinger og uttalelser bunner ut i er preget av ens egen forforståelse, eller den konteksten en selv befinner seg i (Kvale and Brinkmann 2009).

Ved å benytte en hermeneutisk vinkling på mitt mastergradsprosjekt (med kvalitativt design) kan jeg lære å analysere intervjuene mine som tekster (Kvale and Brinkmann 2009). Forhåpentligvis vil jeg klare å løfte blikket slik at jeg kan se utover intervjusituasjonene, og istedenfor være oppmerksom på de kontekstuelle fortolkningshorisontene informantene er situert i. Sett i lys av hermeneutikkens fortolkningslære vil jeg forstå mine informanternes uttalelser utfra min egen forståelse. Analysearbeidet i prosjektet mitt vil bero på at jeg evner å sette meg inn i mine informanternes forståelse og dermed erverve meg en ny og dypere forståelse av feltet (Kvale and Brinkmann 2009).

##### **3.1.1 Vitenskapelig tolkning og horisontsammensmeltning**

Vitenskapelig tolkning og horisontsammensmeltning er relevante begreper innen hermeneutikkens fortolkningslære (Thornquist 2012). Den vitenskapelige tolkningsprosessen

handler om å åpne den teksten en prøver å fortolke. På denne måten kan jeg tilegne meg en ny forståelse (Thornquist 2012). Den teksten jeg forsøker å tolke, og få en ny forståelse av er i dette tilfellet de ferdig transkriberte intervjuene som gjelder for mitt prosjekt. I min vitenskapelige tolkningsprosess har jeg lest intervjuene flere ganger, jeg har hørt på digitale opptak av selve intervjuene og på denne måten oppdaget nye meningsfulle vinklinger som var være relevant for mitt mastergradsprosjekt. Hensikten med en slik form for forskningsaktivitet har vært å oppnå det Gadamer omtaler som en horisontsammensmeltning (Thornquist 2012).

Målet med horisontsammensmeltningen er at min opprinnelige forståelse kan «smelte» sammen med den forståelse som jeg leser hos hver enkelt informant (Thornquist 2012). Informantenes utgangspunkt og mitt utgangspunkt vil aldri bli det samme da vi alle har forskjellige erfaringer og utgangspunkt for vår yrkesfaglige bakgrunn. Men mitt utgangspunkt for tolking og forståelse vil i denne situasjonen være åpen for tolkning og jeg er derfor i stand til å utvikle min egen oppfattelse og forståelse av informantenes uttalelser (Thornquist 2012)

Horisontsammensmeltning som begrep innebærer at den vitenskapelige tolkningsprosessen er en dynamisk og bevegelig prosess (Thornquist 2012). Datamaterialet mitt blir dermed brakt inn i min horisont på samme måte som jeg blir brakt inn i datamaterialet(Thornquist 2012). Gjennom min egen fortolkningsprosess oppnår jeg en ny og dypere forståelse av hva det vil si å være ergoterapeut i en teambasert arbeidshverdag.

## **3.2 Kvalitativ metode og kvalitativt intervju**

Jeg har i denne oppgaven valgt å ha et kvalitativt design på prosjektet mitt og dermed ble det et naturlig valg å benytte kvalitativt forskningsintervju til min datagenerering. Jeg valgte denne metoden med bakgrunn i at jeg ønsker en dypere forståelse for ergoterapi, og jeg antok at jeg ville kunne få et best mulig materiale ved å bruke en kvalitativ tilnærming. Ved å benytte en kvalitativ tilnærming får jeg kunnskap om grunntrekkene og særpregene innen et bestemt miljø og jeg får konkrete utviklingshistorier (Repstad 2007). Sammenlignet med kvantitativ metode hvor en kan være interessert i å vite hvor ofte noe skjer eller hvilken fordeling som skjer hos en stor befolkningsgruppe. En kvalitativ tilnærming er mer egnet hvis en ønsker beskrivelse av hva som finnes fremfor hvor ofte «det» finnes (Repstad 2007).

### **3.2.1 Valg av informanter**

Jeg valgte mine informanter ved å benytte et strategisk utvalg (Tjora 2012). Et strategisk utvalg innen kvalitative studier er at informantene blir valgt på bakgrunn av at en forventer at hver av informantene skal kunne komme med reflekterte og gode uttalelser angående det ønskelige teamet (Tjora 2012).

Jeg bestemte meg for at jeg ønsket å intervjuere ergoterapeuter som er engasjerte i faget, og som jeg dermed anså kunne bidra med reflekterte og innholdsrike beretninger om egne erfaringer fra ergoterapiyrket. Videre ønsket jeg å snakke med ergoterapeuter som arbeidet i en teambasert hverdag innen spesialisthelsetjenesten. Jeg valgte å ikke ha noen begrensninger i forhold til informantene basert på lengden av deres arbeidserfaring eller hvilket kjønn de hadde. Derimot hadde jeg som inklusjonskriteria at informantene skulle arbeide innenfor rehabiliteringsfeltet i en teambasert arbeidshverdag, da det er der jeg har hovedvekten av egen yrkeserfaring.

Etttersom jeg selv har arbeidet som ergoterapeut i et tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten ønsket jeg å få kontakt med andre informanter enn mine tidligere kollegaer da jeg anså at det kun bli problematisk å intervjuere egne kollegaer. Dette med bakgrunn i at jeg allerede har en forutinntatthet om hva de mener og tenker, noe som vil kunne bidra til en svekket reliabilitet i studien min. Videre var jeg også bekymret for å intervjuere egne kollegaer med tanke på at de

kan forsøke å svare det de tror jeg vil høre, ettersom jeg har diskutert mitt mastergradsprosjekt med dem og framsatt mine egne hypoteser ovenfor de.

For å unngå dette kontaktet jeg avdelingslederen for fysioterapi og ergoterapiavdelingen ved et sykehus i Nord-Norge hvor jeg ikke hadde arbeidet som fast ansatt. Jeg presenterte prosjektet mitt og ba om lov til å rekruttere informanter som arbeidet på sykehuset. Min henvendelse ble raskt besvart, og jeg ble invitert til å komme å ha et lite informasjonsmøte med avdelingslederen og hennes fagansvarlige ergoterapeuter som representerte de ulike avdelingene som ergoterapeutene arbeidet på. Under møtet fikk de ulike deltagerne stille spørsmål om mine tanker rundt prosjektet samtidig fikk jeg informert om hva deltagelse i prosjektet innebar. Etter at møtet var ferdig ble avdelingslederen og de fagansvarlige enige om at dette var et prosjekt som de ønsket å støtte og jeg fikk godkjennelse til å rekruttere informanter fra de ulike avdelingene.

Selve rekrutteringen foregikk ved at jeg på nytt ble invitert til et møte på ergoterapiavdelingen, men denne gangen var det et allmøte hvor de aller fleste ergoterapeutene som arbeidet ved sykehuset møtte opp. Jeg fikk 10 minutter til å presentere meg selv og prosjektet samt levere ut informasjonsskriv og samtykkeerklæringer til de som vurderte å delta.

I etterkant av møtet inngikk jeg en avtale med avdelingslederen for ergoterapitjenesten om at hun skulle ta imot samtykkeerklæringene og gi meg beskjed fortløpende etterhvert som informantene meldte seg.

I tillegg til å rekruttere informanter fra det gitte sykehuset, inkluderte jeg en informant som jeg delvis hadde arbeidet med tidligere. På tross av mine bekymringer i forhold til å intervju tidligere kollegaer, anså jeg denne informanten for å være en tydelig og kunnskapsrik informant. Gjennom tidligere diskusjoner og samtaler visste jeg at vedkommende brant for faget og hadde tydelige meninger og erfaringer med nettopp det å være ergoterapeut i tverrfaglig team. Dermed valgte jeg å gå mot mine egne reservasjoner og satse på at jeg ville takle intervjusituasjonen på en god og hensiktsmessig måte. Denne informanten valgte jeg i tillegg å ikke intervju først da jeg tenkte at det ville være hensiktsmessig å ha noen

erfaringer fra det å gjennomføre intervju før jeg intervjuet vedkommende. Dette med tanke på mine reservasjoner mot å intervju en informant som jeg kjente fra tidligere arbeidsforhold.

Selve rekrutteringsperioden fra jeg var å informerte om prosjektet til jeg hadde fått rekruttert min siste informant tok mellom 2 og 3 måneder. Men da hadde jeg til gjengjeld fått gjennomført alle intervjuene.

### **3.2.2 Presentasjon av informantene**

Sluttresultatet av rekrutteringen var at jeg fikk 5 ulike ergoterapeuter. Fellestrekkene var at de alle arbeidet innen spesialisthelsetjenesten, de arbeidet alle i tverrfaglige team og de hadde alle engasjement for egen profesjon. Dette kom til uttrykk gjennom måten de snakket om eget fag og egen profesjonsutførelse, samt at de viste en interesse for å delta i prosjektet.

Forskjellene var at de arbeidet på forskjellige avdelinger, både innad i sykehuset og innad i landsdelen. De hadde i tillegg ulik alder og ulik lengde på arbeidserfaringen sin.

Arbeidserfaringen varierte fra relativt nyutdannet med ca. 2 års praksis til å ha arbeidet i over 18 år som ergoterapeut.

En annen ulikhet med informantene var at en var mann mens de resterende var kvinner. Men ettersom det bare var en av fire som var av ulikt kjønn vil jeg ikke ilegge tolkningen av mine resultater noen refleksjoner angående om det påvirker yrkesutøvelsen basert på hvilket kjønn en har.

### **3.2.3 Forberedelser og gjennomføring av intervjuene**

I etterkant av møtet leverte informantene samtykkeerklæringen til avdelingsleder som så sendte en mail til meg slik at jeg kunne få hentet samtykkeerklæringene og dermed kontakte informantene. (Informasjonsskriv og samtykkeerklæring finnes bakerst i oppgaven merket med vedlegg 1 og 2).

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide som henspilte på Kvale og Brinkmann sine anbefalinger. Det vil si at jeg basert intervjuguiden på forskningsspørsmålene

mine. Intervjuguiden innebar et dagligdags språk fritt for akademisk terminologi for å innby informantene til en mest mulig fri samtale rundt de gitte temaene (Kvale and Brinkmann 2009). For ifølge Kvale og Brinkmann er det ikke slik at et begrepsmessig godt forskningsspørsmål nødvendigvis egner seg som gode intervju spørsmål (Kvale and Brinkmann 2009). Inspirert av denne metoden forsøkte jeg å lage en todelt intervjuguide hvor de teorinære forskningsspørsmålene ble omgjort til intervju spørsmål utformet i et dagligdags språk (Kvale and Brinkmann 2009). Intervjuguiden er merket som vedlegg 4.

Jeg kontaktet informantene per SMS og per mail alt etter hva de hadde oppgitt som ønsket kontakt form og avtalte tid og sted for intervju. Jeg gjorde informantene klar over at de hadde mulighet til å kontakte meg hvis det var noe de lurte på i forhold til deltakelse eller tematikk i oppgaven.

Fra jeg var å informerte om prosjektet mitt og til jeg fikk de første to informantene gikk det få dager. Da jeg skulle avtale tid for intervju viste det seg at begge ønsket å bli intervjuet så raskt som mulig og kun med en dags mellomrom. Etersom jeg var ivrig med å komme i gang med datainnsamlingen min avtalte jeg første intervju påfølgende torsdag og neste på fredag. Det jeg da ikke visste var at jeg ble kontaktet av ytterligere en informant som av ulike årsaker kun hadde tid til å bli intervju på den samme fredagen som jeg allerede hadde satt opp et intervju.

I ettertid ser jeg at det ville ha vært hensiktsmessig å ha lengre tid mellom hvert av intervjuene. På grunn av tettheten mellom intervjuene fikk jeg ikke tid til å omstille meg fra hvert intervju, samt tid til å reflektere over hva som fungerte eventuelt ikke fungerte under hvert av de ulike intervjuene. Noe som ble svært tydelig for meg i etterkant av de tre første intervjuene var min egen forutinntatthet om at alle informantene hadde, eller hadde hatt noen vanskeligheter med å formidle egne fagspesifikke tiltak eller å få disse tiltakene fulgt opp. Så da jeg intervjuet informant nummer tre og hun ikke så dette som et problem fikk jeg vanskeligheter med å stille gode oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene som jeg hadde formulert i min intervjuguide virket ikke like relevante og jeg følte at jeg gjentok meg selv.

I et retrospektivt perspektiv og etter å ha arbeidet med materialet ser jeg at dette er noe som jeg ved en fremtidig intervjusituasjon må forberede meg på å takle, eventuelt tolke det



informanten sier annerledes. For under bearbeiding med materialet og i resultatdelen ble det tydelig at også informant nummer tre delte erfaringene til resten av informantene, men at hun benyttet et annet begrepsapparat enn resten. For informant tre var det mer en selvfølge at visse sider ved det å være ergoterapeut i et tverrfaglig team ville innebære noen utfordringer som hun erfarte som uproblematisk å løse.

I utgangspunktet hadde jeg et ønske om å intervju 6 ergoterapeuter som arbeidet ved en spesialisert rehabiliteringsavdeling, men etterhvert som rekrutterings arbeidet tok tid viste dette seg vanskelig å gjennomføre. Så med tanke på tidsrammene for oppgaven min bestemte jeg meg for å begrense meg til fem informanter. Etter gjennomgang av datamaterialet mitt anså jeg dette som en hensiktsmessig avgjørelse ettersom jeg opplevd en metning i datamaterialet. Metning innen forskningen opplever man når man som forsker oppfatter at det er få nye elementer eller måter å belyse intervjuemaene på under nye intervjuer (Repstad 2007).

### **3.2.4 Forske på eget felt**

I dette prosjektet valgte jeg som kjent å forske på utøvelsen av ergoterapi innad i tverrfaglige team. Dette er et felt som jeg kjenner godt fra før gjennom egen praksis og jeg hadde mange tanker og meninger rundt teamet. Det som ble svært tydelig for meg underveis var at jeg hadde mange fordommer og tanker rundt det gitte teamet som jeg ikke hadde verbalisert for meg selv før jeg gikk i gang med å utarbeide intervjuguiden. Gjennom mange samtaler med veileder og andre i mitt nærmiljø har jeg forsøkt å få klargjort min egen forforståelse av feltet. Gjennom å ha lest metodelitteratur visste jeg at dette var noe mange nye forskere måtte forholde seg til (Repstad 2007, Tjora 2012). Jeg hadde bekymringer vedrørende egen evne til å løsrive meg fra min egen forforståelse i forbindelse med intervjuene. Dermed bearbeidet og omformulerte jeg intervjuguiden etter Kvale og Brinkmanns prinsipper flere ganger for å forsøke å forhindre at min egen forforståelse skulle bli overdøvende i intervjusituasjonene.

Jeg opplevde også utfordringer med at jeg kjente enkelte av informantene i varierende grad og jeg var bekymret for at de skulle svare det de trodde jeg ønsket at de skulle si og ikke faktisk det de tenkte eller mente. Jeg måtte også forberede meg ekstra til de intervjuene hvor

det var informanter som jeg kjente i form av at jeg kunne være i fare for å tro at jeg hørte hva de sa fremfor å faktisk være en undrende og spørrende forsker (Kvale and Brinkmann 2009). Etter at alle intervjuene ble gjennomført og analysert kan jeg ikke se at det var noen store forskjeller mellom de intervjuene som ble gjennomført med kjente eller ukjente informanter. Det kan om mulig være noen variasjoner innen hvor lett stemningen var og hvor ofte spontane refleksjoner eller historier informantene kom med. Men alt i alt følte jeg at alle intervjuene foregikk på en relativt rolig og avslappet måte.

I ettertid av intervjuprosessen ser jeg at jeg kunne ha dratt nytte av å ha lengre opphold mellom hvert av intervjuene. De første tre intervjuene foregikk meget raskt etter hverandre og jeg fikk liten tid til å reflektere over hver og en av intervjusituasjonene, tilpasse intervjuguiden og omstille meg mellom rollene som forsker og tidligere kollega.

### **3.2.5 Transkribering, koding og analysering**

Jeg transkriberte alle intervjuene fortløpende etter hvert som jeg gjennomførte de. Det skal dog nevnes at jeg ikke klarte å transkribere ferdig de tre første intervjuene i forkant av nye intervju da de ble gjennomført med kort mellomrom. Arbeidet med å transkribere intervjuene tok adskillig lengre tid enn beregnet men jeg følte at det var en meget god måte å bli kjent med datamaterialet mitt på. Selve transkriberingen foregikk ved at jeg først lyttet på opptaket av intervjuet mens jeg skrev ned stikkord til meg selv om hvilke temaer jeg og informanten snakket om. Deretter hadde jeg en eksakt nedtegnelse av intervjuet før jeg til slutt hørte gjennom intervjuet enda en gang for å forsikre meg om at jeg hadde skrevet ned akkurat det som ble sagt. Denne prosessen gjentok jeg med alle fem intervjuene.

Etter endt transkribering skulle jeg kode datamaterialet. Jeg leste en del ulik metodelitteratur deriblant Tjora og Lundemann og Granheim. Jeg bestemte meg for å benytte Lundemann og Granheims anbefalinger i forhold til koding av datamaterialet men jeg opplevde å gå meg vill i eget datamateriale i form av at jeg ble særdeles detaljfokusert og ikke klarte å finne koder å samle de ulike meningsenhetene under. Jeg gjorde mange forsøk på å sortere og kode eget materiale, samt at jeg opplevde det som svært utfordrende å faktisk se hva de ulike informantene faktisk hadde sagt og ikke hva jeg trodde de hadde sagt. Etter mange samtaler

med veileder og mye arbeid med datamaterialet kom jeg til slutt frem til en måte å organisere og sortere datamaterialet mitt på

### **3.2.6 Ethiske overveielser**

Før jeg gikk i gang med rekruttering av informanter leverte jeg meldeskjema til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, (NSD). Dette for å sikre at prosjektet mitt overholdt gjeldene regler for personvern. Godkjenning fra NSD ligger som vedlegg 3.

Jeg har tenkt mye på om jeg kan ha påvirket informantene. Jeg var veldig oppmerksom på ikke å ytre noen egne meninger angående deres arbeidshverdag verken i forkant eller under selve intervjuet. Jeg undret meg over om jeg på noen vis kan ha ilagt mine informanter et press til å delta da jeg jeg kjente eller visste hvem flere av informantene var i ulik grad. Ettersom jeg informerte om prosjektet mitt på et felles allmøte og ikke underla noen av deltakerne press til å delta samt at de har underskrevet samtykkeerklæringen anså jeg det som ikke aktuelt. Videre har jeg tenkt nøye gjennom det å ivareta informantenes integritet og anonymitet gjennom presentasjonen av resultatet. Slik jeg tolker egen presentasjon av informantenes utsagn og gjennom anonymisering anser jeg det som at informantenes identitet og integritet er ivaretatt.

## **4 RESULTAT:**

I den følgende resultatdelen vil jeg nå presentere funnene fra min datainnsamling. Som det fremgår av teksten har jeg valgt å presentere disse funnene i ulike kategorier. Under datainnsamlingen viste det seg at alle informantene var opptatt av tverrfaglighet og alle arbeidet de i tverrfaglige team. Jeg vil derfor ha en hovedkategori som omhandler tverrfaglighet og som vil være et bakteppe for videre presentasjon av de andre funnene.

### **4.1 Tverrfaglig Samarbeid**

#### **4.1.1 Når teamarbeidet fungerer**

Fem informanter med ulik alder, ulik lengde på arbeidserfaringen og ulike arbeidsplasser. Alle arbeider de tverrfaglig og alle er de enige om at det å arbeide tverrfaglig er både til deres eget og pasientenes beste når det fungerer. Informantene beskrev at når det tverrfaglige teamarbeidet fungerer, arbeider de tettere og enklere sammen. Informantene føler at de kan gi pasientene det beste tilbudet som finnes og at de har enklere arbeidshverdager. Særlig beskrev informantene at når de er i et tverrfaglig team som fungerer så går de faglige diskusjonene enklere, de lærte av og med hverandre og de hadde en opplevelse av at både pasienter og pårørende ble integrert på en tydeligere måte i egen behandling.

*«Det er utrolig lærerikt og veldig nyttig å jobbe i et tverrfaglig team og de gangene vi får det til er det helt fantastisk» (informant 2).*

*«Det er fantastisk spennende, og når det fungerer så føler jeg at vi kan gi det beste tilbudet som vi har mulighet til å gi til pasienten. For da har en dekt alle områdene som man har behov for, men det er kjempeutfordrende» (informant 4.)*

#### 4.1.2 Arbeide sammen

For informantene handler tverrfaglighet om å arbeide sammen, og om å dele den kunnskapen hvert av teammedlemmene besitter. Det å drive en intern kunnskapsdeling var ansett å være til pasientens beste. Informant 4 så på det tverrfaglige teamet som en familie, hvor en kunne være uenige med hverandre men som en fortsatt er nødt å forholde deg til og respektere.

*«Det er som en familie, du er ikke enig i alt men du er trygg på at du kan si dine meninger», (informant 4).*

De beskriver viktigheten av å gå sammen på tvers av profesjonene når de skal inn til pasientene. Det å gjøre felles vurderinger på tross av at teammedlemmene har ulik faglig bakgrunn blir ansett som en fordel. Flere av informantene trekker frem det at selv om de som ergoterapeuter mener at de har et helhetlig syn på pasienten og behandlingen, så vil de på tross av dette aldri i realiteten faktisk kunne se hele pasienten. Dette understreker de ved å trekke frem viktigheten av å jobbe sammen med de andre teammedlemmene for å få frem ulike vinklinger, og mulige løsninger på pasientenes problematikk.

*«For vi har jo våre ergoterapeut briller på og det er jo veldig sunt og godt når noen kommer inn med noe helt annet, og så kan man finne den gylne middelveien som gjør at det blir veldig bra til slutt», (informant 2).*

Den praktiske gjennomføringen innad i det tverrfaglige teamet er resultatet av en felles forståelsesplattform i forhold til hvem som har kunnskap om hva og hvordan en kan samarbeide i praksis for å tilby pasientene et helhetlig og variert tilbud. Informantene kom alle med hver sine eksempler på hvordan de jobber sammen innad i teamene

*«Man kan gå sammen og gjøre gode vurderinger enten ergoterapeut og sykepleier eller ergoterapeut og fysioterapeut, det nyttige en får fram under vurderingene*

*diskuteres så på de ulike møtene», (informant 5).*

De samarbeidspartnerne som oftest ble trukket frem av informantene var enten fysioterapeutene eller sykepleierne. Det var tydelig at informantene ofte delte på behandlingstidene med fysioterapeutene i form av at de gikk sammen inn til pasienten og gjennomførte hver sine parallelle vurderinger. Slik informantene beskrev det er ofte fysioterapeutene opptatt av å få kartlagt den fysiske funksjonen gjennom ulike standardiserte tester mens ergoterapeuten benyttet samtale med pasienten som kartleggingsredskap for å vurdere kognitiv funksjon og eventuell annen funksjonsnedsettelse hos pasientene.

*«Ofte går fysioterapeuten og ergoterapeuten sammen til pasienten. Som regel så starter ergoterapeuten med en samtale før vi vurderer kroppsfunksjon og kognitiv funksjon.»*, (informant 1).

Informantene poengterte og at når de arbeidet sammen var det viktig å finne noen konkrete og felles mål å arbeide sammen mot. Dette både for å få til en felles forståelse ovenfor hverandre av hva de skulle fokusere på i rehabilitering men også med tanke på at pasientene skulle klare å følge med. Flere av informantene snakket om at ergoterapeutiske tiltak kan bli abstrakte og at ved å ha en klar plan for behandlingen og tiltak som skal gjennomføres gjorde det behandlingen enklere å følge med på både for pasienten og for ergoterapeutens kollegaer.

*«Det vanligste er vel at ergoterapeuten og noen fra pleiegruppa går sammen. (...) . Jeg har flere ganger vært med på at både ergoterapeut, fysioterapeut og pleier er med på å vurdere hvordan pasienten for eksempel skal klare å gjøre en selvstendig toalettforflytning. (...) Vi prøve å finne små ting som vi alle kan jobbe mot og som pasienten er med på. Det er enklere for pasienten å følge med i prosessen når det er konkret»,* (informant 4).

Ved at ergoterapeutene arbeider sammen med både sykepleier, logoped og fysioterapeut arbeider teammedlemmene for å danne et felles utgangspunkt for pasientbehandlingen og

informantene beskrev at de da enklere kan etablere en felles forståelse av både hva pasienten har behov for men og hva hver enkelt skal bidra med i behandlingen. Det å arbeide sammen vil tydeliggjøre hver enkelt kompetanse gjennom at en viser de kunnskapene en har i praksis og ikke bare gjennom en muntlig formidling i teammøter.

*«Vi i teamet vet hva hverandre står for, hvor vi har hverandre og hva vi kan forvente av hverandre», (informant4).*

Teammedlemmene handler utfra en sammensetning av den kunnskapen de har. Når teammedlemmene får en felles forståelse av hva som er det riktig og gode for pasienten kan ergoterapeutene samarbeide på et likt grunnlag sammen med sine kollegaer.

*«Jeg opplever at vi har evne til å arbeide tett (...) og vi er avhengige av hverandre i teamet ettersom pasientene skal ha et 24 timers perspektiv. (...) så vi er avhengig av å samhandle med hverandre», (informant 4).*

### 4.1.3 Ulikt behov, ulik plassering

Det kan oppleves som at de ulike teammedlemmene veksler på hvem som skal ha den største plassen i forhold til behandling av pasienten. Informantene beskrev at innad i teamet har de ulike profesjonene ulike arbeidsoppgaver og de har avgrenset hvilken profesjon som skal ha hovedansvaret for å arbeide med ulike kroppslige funksjoner. Informantene beskrev at ergoterapeuten for eksempel hovedsakelig arbeidet med kognisjon og arm -/ hånd mens eksempelvis fysioterapeuten har hovedansvaret for utredning og opptrening av de fysiske funksjonene. Dermed styres hvem som skal ha den største plassen til enhver tid av informanter av hvem pasienten er og hvilke behov pasienten har. Hvis pasienten har et sykdomsbilde som er hovedsakelig preget av ergoterapeutiske aktivitetsutfordringer later det til at ergoterapeuten finner det naturlig å ta plass og formidle egne faglige vurderinger og forslag til tiltak og behandling. I motsetning til hvis det er en pasient som har et sykdomsbilde som er sterkt preget av fysiske utfordringer. Da virker det som det er fysioterapeuten som får en fremtredende plass i det tverrfaglige teamet i samråd med sykepleierne som befatter seg med de basale behovene til pasientene. For utenom de pasientene hvor det er et tydelig skille mellom hvilke funksjonstap de har og dermed hvilken profesjonsgruppe som vil være fremtredende i både kartlegging og behandling opplever informantene at hvert av teammedlemmene har like stor plass innad i det tverrfaglige teamet.

*«Hvis det er pasienter med kognitive problemstillinger så har jeg som ergoterapeut veldig stor plass, og hvis det er en amputasjons pasient, så har jeg mindre plass da er det gjerne fysioterapeuten som har stor plass. Er det andre nevrologiske pasienter så har man ganske lik plass alle sammen», (informant 5).*

Denne inndelingen er og tydelig i gjennomføringen av de tverrfaglige møtene. Gjennom datamaterialet kommer det tydelig frem at under tverrfaglige møter så er det en tydelig arbeidsdeling mellom de ulike profesjonene og at det her ikke er tiltenkt at en skal snakke eller rapportere ut fra samme synspunkt som noen andre med ulik profesjon i teamet. Hver av profesjonene har sin egen vinkling på hva som er viktig å observere og dermed behandle, samt at pasientens funksjoner er delt inn etter de ulike profesjonenes faglige styrker og kompetanseområder.



*«I forhold til tverrfaglige møter på avdelingen så fungerer det slik at hele teamet er samlet og at det er legen som sitter med kurven og blar opp til den aktuelle pasienten. (...) Sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og ernæringsfysiolog informerer alt etter hvem som har noe å tilføye i forhold til den enkelte pasienten» (Informant 3).*

Informantene var tydelig på at det er bra at de forskjellige profesjonene har ulikt fokus slik at pasientens problematikk kan belyses fra ulike sider, men at det krever mye innsats fra de ulike teammedlemmene å arbeide i en slik tverrfaglig arbeidshverdag.

*«Vi går sammen i behandlinger og vi er inne på hverandres fagområder med forskjellig fokus», (informant 4).*

. Når en snakker om tverrfaglighet ved sykehus er tverrfagligbehandling det beste en kan tilby pasientene. Tverrfaglighet skal gi inntrykk av at pasientene får en helhetlig og kvalitativt godt tilbud fra ansatte som har høy kompetanse og som arbeider innad i et spennende og lærerikt arbeidsmiljø (Lauvås 2004). Sitatene fra informantene ovenfor viser at de både synes det er spennende, lærerikt og at det å arbeide tverrfaglig er et godt alternativ til hvordan en kan behandle pasientene. Men informantene er også enige om at det er utfordrende og at det er mange faktorer som skal være på plass for at samarbeidet skal fungere.

*«Det er den evige akilleshælen til tverrfagligsamarbeid, det at man må faktisk jobbe om og med det samme målet, og for å jobbe mot det samme målet så må man jo være enig» (informant 4).*

*«Vi har hver våre ansvarsområder samtidig som vi skal overlappe hverandre og det er det som kan bli vanskelig», (informant 2).*

For hvordan kommer man til enighet slik at en kan jobbe mot et felles mål slik at alle teammedlemmene blir hørt og at de kan komme frem til en felles løsning på pasientens behandlingsutfordringer?

## 4.2 Forutsetninger for teamarbeid

Utgangspunktet for datainnsamlingen var hvilke erfaringer ergoterapeutene hadde med å formidle sine egne fagspesifikke vurderinger og tiltak og hvilke erfaringer de hadde med at gitte tiltak blir fulgt opp av resten av teamet. Gjennom arbeidet med analysen av materialet mitt har det blitt tydelig for meg at det er tre forhold som spiller inn i forhold til om ergoterapeutene erfarte både det å bli hørt og at deres vurderinger og tiltak ble fulgt opp. Jeg har i denne oppgaven valgt å benevne disse faktorene som, 1. Bli hørt, 2. Ulike arbeidshverdager og ulike holdninger og 3. Opplæring. Alle tre forholdene er like relevante med tanke på at ethvert tverrfaglig team arbeid skal fungere.

Jeg har valgt å dele opp disse tre kategoriene i ulike under kapitler men min mening er alle tre forholdene like relevante for det tverrfaglige samarbeidet. Dermed blir det både relevant og prekært at ergoterapeuter som arbeider i tverrfaglige team har en arbeidshverdag hvor de andre teammedlemmene både vet hva ergoterapifaglig kompetanse er, at de blir tatt med i de faglige dialogene og at deres faglige bidrag blir lyttet til. Begrunnelsen for mine utsagn angående ergoterapeuter i tverrfaglige team vil bli utdypet i de følgende underkapitlene

#### 4.2.1 Å bli hørt

Alle informantene anså det å bli hørt som et grunnleggende prinsipp i forhold til at teamarbeidet skulle fungere. Det var ikke alle informantene som direkte sa at de ikke ble hørt men alle fremholdt verdien av det å bli lyttet til. De hadde alle eksempler på det å bli oversett eventuelt hvilke strategier de benyttet for å forhindre at de skulle bli lyttet til. Flere av informantene snakket om hvor frustrerende det var å ikke bli lyttet til når avgjørelser ble tatt og viktigheten av en god dialog mellom de ulike teammedlemmene.

Hvem det var som ikke lyttet til ergoterapeuten varierte fra informant til informant. Noen av informantene fremholdt at det var sykepleierne som var vanskelig å få til en dialog med mens andre av informantene mente at det var legene som var vanskelig å få i tale. Liketil om det var sykepleier eller lege som vanskeliggjorde dialogen innad i teamet så er hovedpoenget at ergoterapeutene til tider opplever å ikke bli hørt. Men, selv om det var tydelig at de alle hadde hatt erfaringer med det å kjempe for å bli hørt var det kun en av informantene som sa dette helt konkret.

*«Det er både og om jeg blir hørt (...) så man får jo sagt det man har å si men det er jo veldig avhengig av hvem andre som er i rommet, hva slags lege eller fysioterapeut er med på møtet. Jeg sier alltid det jeg har å komme med, men det blir jo mottatt på litt forskjellige måter» (Informant 1).*

Hos de andre informantene var det mer underforstått gjennom det de sa, at det til tider var vanskelig å bli hørt. De kunne gi eksempler på leger som ikke møtte opp verken til avtalt tid eller avtalt sted. Sykepleiere som ikke leste notater og som dermed ikke fikk med seg den gitte informasjonen og en generell opplevelse av at selv om de både dokumenterte funn og vurderinger kunne den faglige dialogen av og til være ikke-eksiterende innad i det tverrfaglige teamet. Ergoterapeutene erfarte at selv om de hadde informert både skriftlig og muntlig, så ble ikke tiltakene fulgt opp på slik de hadde vurdert og anbefalt.

*«For eksempel ved forflytning. Man sitter og forteller om hvordan det skal gjøres dag, etter dag, etter dag etter dag og så gjøres det feil hver dag allikevel», (informant 5).*

De ergoterapeutene jeg har intervjuet snakket alle om at de til tider kjente på frustrasjonene forbundet med det å ikke bli tatt med i vurderinger, men de hadde forskjellige måter å forholde seg til dette på. Informant tre var tydelig på at slik er ergoterapeuters arbeidsdag og at det er opp til hver enkelt å kreve ens plass eller å sørge for å bli hørt.

*«Når legen spør hva fysioterapeuten mener om pasienten er det ofte at jeg har skutt inn og sagt, men ergoterapeuten har et annet ståsted og vi ser ut i fra sånn og sånn at det er behov for det og det», (informant 3).*

Informantene som har vært intervjuet i denne studien ønsker seg alle på en eller annen måte mer og bedre samarbeid og at de ulike profesjonene skal kunne lytte til hverandre.

*«En trenger ikke å være sammen hele tiden men hvis en i enkelte timer kan gå sammen til pasienten å se hva hverandre gjør. At det blir enklere for pasienten å følge med og enklere å videreføre informasjon», (informant 5).*

Informantene i denne studien etterlyste blant annet sterkere føringer fra egen ledelse i forhold til organisering av tjenestene. Informantene etterlyste en tydeligere profil fra ledelsen om at ergoterapeutenes bidrag innad i teamene er relevant og selvfølgelig. Konsekvensen av en tydeligere ledelse vil ifølge informantene forenkle ergoterapeutenes utfordringer med å bli hørt. En tydeligere profil fra ledelsen ville og vært med på å legitimere hvorfor de ulike profesjonene, og ergoterapeutene inkludert, skal jobbe med de forskjellige pasientfunksjonene.

*«Jeg tenker at det er mye som er avhengig av hvordan vi er organisert. (...) Hvis ledelsen hadde vært tydelig inne og tydeligere skilt mellom rollene, og sagt tydeligere ifra om hvem som skal gjøre hva. Hadde man visst det så hadde det blitt lettere å samarbeide. Det hadde blitt færre konflikter, (...) så jeg tror det er ledelsen rett og slett som har hovedansvaret», (informant 2).*

Med helsepolitiske reformer som presser frem økt samarbeid innen de ulike helseprofesjonene, øking av tverrfaglig samarbeid og ønske om en tydeligere ledelse fra yrkesutøverne, kan det da settes spørsmålstegn med hvorfor yrkesaktive ergoterapeuter i 2015 fortsatt sliter med de samme problemstillingene og utfordringene som forskning viser at de allerede har gjort i mange år? Hvis ergoterapeuter ved norske sykehus skal inngå i de tverrfaglige teamene og være en naturlig del av helsevesenet, hvorfor etterlyser ergoterapeutene en tydeligere styring og legitimering av ergoterapeutrollen fra blant annet egen ledelse? Kan dette handle om at norske ergoterapeuter har vært og er for dårlig til å overbevise andre om den kompetansen vi som ergoterapeuter besitter eller handler dette om noe annet? Med dette i bakhodet vil jeg nå gå videre til neste forhold som informantene fremholdt som en forutsetning for at deres faglige bidrag og tiltak skal bli fulgt opp av de andre teammedlemmene.

## 4.2.2 Opplæring

Som nevnt tidligere i kapittelet over uttrykte informantene i dette prosjektet blant annet ønske om en tydeligere profil fra ledelsen i arbeidet med å bli hørt. Andre aspekter som utkrystalliserte seg var at alle av informantene snakket om det å drive opplæring angående hva ergoterapi faktisk er. Denne opplæringen var noe informantene gjennomførte mer eller mindre kontinuerlig. Ikke bare bedrev informantene opplæring av egne kollegaer men enkelte av informantene fortalte og at de hadde drevet opplæring av pårørende. Årsaken til at informanten bedrev opplæring av de pårørende var både begrunnet med at med en økt kunnskap om ergoterapi forenklet de pårørendes utfordringer med å følge med i den medisinske behandlingen.

*«De pasientene som hadde pårørende til stede hele tiden lærte vi opp. Jeg har lært opp pårørende i børsting og i leddstimulering fordi at de pårørende har ønsket å bidra i helgene når det var stille», (informant 3).*

*«De aller fleste pårørende vil være med å bidra aktivt, (...) pårørende er en enorm ressurs i forhold til oppfølging og motivasjon (...) så jeg prøver å inkludere pårørende i prosessen så mye jeg kan», (informant 4).*

Mens en annen og meget interessant årsak til opplæring av de pårørende var at dette var en måte å sikre at de ergoterapeutiske tiltakene ble fulgt opp, utover ergoterapeutenes behandlingstider.

*«Sterke pårørende får som regel fulgt opp tiltakene på kveld og helg, fordi de er engasjert og interessert i å kontakte terapeuter og lege. (...) Det er helt klart lettere å få tiltakene fulgt opp i samarbeid med pårørende», (informant 5).*

Begrunnelsen for å drive med opplæring av egne kollegaer var tett forbundet med at informantene til tider opplevde at kollegaene deres hadde en annen oppfatning av hva

ergoterapi er som ikke samsvarer med informantenes oppfattelse av ergoterapiyrket. Det var tydelig at alle informantene bedrev opplæring av kollegaene sine relativt ofte. De beskrev at de var nødt til å forklare og begrunne faget deres da de opplever at det er mange antakelser om hva ergoterapi er som ikke stemmer overens med informantenes oppfatning av eget fag. En hovedvekt av denne kollegiale opplæringen fant sted når det kom nye ansatte eller ekstravakter og vikarer på de respektive avdelingene hvor informantene arbeidet.

*«Du må være synlig, vise at du er der og vise hva du egentlig gjør, (...) mange nye er usikker på hvordan rolle vi har, hva gjør egentlig en ergoterapeut være tydelig på vår rolle», (informant 1).*

*«Jeg tror at vi har lært opp veldig mange som har visst hva fysioterapi er men de har ikke visst hva ergoterapi er», (informant 3).*

Informantene beskrev at en måtte være trygg i egen rolle som ergoterapeut både for å kunne kreve plass til å bedrive en slik opplæring både av kollegaer og av pårørende. Hva som gjør at hver enkelt blir trygg i sin rolle som ergoterapeut skal ikke diskuteres i denne oppgaven. Men det kan være verdt å notere seg at alle de ulike informantene nevnte at de på hver sin måte enten følte seg trygg eller sikker i sin rolle som ergoterapeut på tross av deres svært varierende lengde på arbeidserfaring. Årsaken til at dette blir nevnt i denne sammenhengen, er at jeg tidligere har henvis til studier hvor det har vært vist at ergoterapeuter som føler at de har en svak ergoterapifaglig identitet står i fare for enten å adoptere andre profesjoners faglige identiteter, eller ende opp som utbrente ergoterapeuter som til syvende og sist kan forlate yrket (Lloyd and King 2001, Edwards and Dirette 2010).

I tillegg til at informantene snakket om at de bedrev opplæring av kollegaer og pårørende var det overraskende mange som snakket om det å selge ergoterapi.

*«Jeg tror vi må ut å selge oss selv og faget», (informant 4).*

*«Jeg tror vi må være gode selgere hele tiden», (informant 3).*

Flere av ergoterapeutene fortalte at de anså det som en viktig del i forbindelsen med opplæringen. De beskrev at de drev med en kontinuerlig promotering av ergoterapi som fag og profesjon både på egne arbeidsplasser og generelt i samfunnet. Blant annet beskrev både den av informantene som hadde den lengst arbeidserfaring de samme holdningene til å selge faget som den av informantene som hadde arbeidet kortest. De var begge enige om at det å selge ergoterapi som fag og profesjon var en naturlig del av det å være ergoterapeut. Ingen av informantene hadde en oppfatning av at det var færre som lurte på hva ergoterapi var nå enn tidligere og at de regnet med at en slik promotering eller opplæring kom til å være like relevant i fremtiden som den både har vært og er.

*«Jeg tror vi har solgt ergoterapifaget og solgt det vi står for og det vi kan tilføre pasienten som en viktig ingrediens i behandlingen. Jeg tror at vi har lært opp veldig mange som har visst hva fysioterapi er men de visste ikke hva ergoterapi er. (...) Så jeg tror jeg har oppnådd og opplevd å få respekt og anerkjennelse for den jobben jeg gjør. Men jeg har solgt faget og jeg må selge det hele tiden», (informant 3).*

Slik jeg tolker informantene kan det å bedrive opplæring i form av å selge inn egen kompetanse være en naturlig del ergoterapeutenes arbeidshverdag. Dette er en aktivitet som det virker at de fleste ergoterapeutene bedriver i mer eller mindre bevisst grad. Det å selge faget og egen kompetanse er for noen av informantene en naturlig del av jobben mens andre beskriver en frustrasjon rundt nettopp det at en hele tiden er nødt til å forklare og legitimere egen kompetanse.

*«Det er til tider mange nyansatte, ekstravakter eller uerfarne som ikke vet hva ergoterapi er og som til stadighet lurere på hvem er du og hva er det du gjør», (informant 1).*

En av informantene ønsket seg at nevropsykolog skulle bli en integrert del av det tverrfaglige teamet, med bakgrunn i at vedkommende mente at nevropsykologen har en tydeligere fagprofil. Informanten beskrev at nevropsykologen gjør flere av de samme kognitive utredningene og behandlingene av kognitivsvikt som ergoterapeuten også utfører.



Informanten hadde en oppfatning av at nevropsykologen ikke sto overfor de samme utfordringene med å legitimere kompetanse og faglige vurderinger som ergoterapeutene opplever. Slik jeg oppfattet informanten, tenkte vedkommende at ved å få en nevropsykolog tilknyttet det tverrfaglige teamet, så ville ergoterapeutene oppleve en tydeligere profilering av eget fag og dermed redusere behovet for å bedrive opplæring av kollegaer, pårørende og pasienter.

*«I forhold til kognitiv problematikk, hadde vi hatt en nevropsykolog så hadde vi t automatisk hatt mer fokus på det og det hadde kanskje vært enklere å gi råd og veiledning. Det ville synliggjort og legitimert det ergoterapeutiske, at det rett og slett hadde blitt mer fokus på kognisjon», (informant 2).*

### 4.2.3 Ulike arbeidshverdager og ulike behov

I et team er det mange ulike profesjoner og like mange ulike personer med hver sin personlighet og hver sine meninger. Hvordan vi forholder oss til hverandre påvirker arbeidshverdagen til hver og en av oss. Informantene trakk hver på sin måte frem hvordan dette både kan fremme og hemme et godt team arbeid. Det var en gjennomgående enighet hos informantene i dette prosjektet at ergoterapi er en profesjon som er mindre kjent enn andre innen helsevesenet. I tillegg til å drive opplæring av både kollegaer og pårørende som jeg har beskrevet tidligere har og de andre teammedlemmene til tider vanskelig med å forstå ergoterapeutens fokus og arbeidsmetoder. Det varierte hvordan de ulike informantene forholdt seg til dette noen gav uttrykk for at de syntes dette både var slitsomt og frustrerende og forholde seg til i arbeidshverdagen mens andre mente at dette bare var en naturlig del av det å være ergoterapeut. Informant 3 så på det å være en underdog som en naturlig del av det å være ergoterapeut og latet til å ha akseptert dette. Informanten var tydelig på at det er bare sånn hverdagen til en ergoterapeut er og en må derfor bare akseptere dette og gå videre med kampen om å oppnå forståelse for egen profesjon og funksjon innad i de tverrfaglige teamene.

*«Jeg tenker at det aller viktigste og tøffeste med å være ergoterapeut i et team er at du på mange måter er en underdog. Fordi ergoterapeuten har en tittel og funksjon som mange ikke kjenner til, og det tror jeg er den største utfordringen», (informant3).*

Informant 1 derimot beskrev en stadig økende frustrasjon angående det å være nødt å validere egen profesjon og faglighet, gjennom det at vedkommende hadde opplevd å ikke bli trodd på de faglige vurderingene som hun hadde gjort i forhold til pasienter ved avdelingen. Hun beskrev et tilfelle hvor hun følte seg mistrodd på egen faglig vurdering av avdelingens lege. Situasjonen hadde oppstått som følge av at mens hun hadde vært borte fra avdelingen hadde en av legene bedt om en kognitiv vurdering av en hjerneslagpasient. Ettersom informanten var borte fra jobb hadde en av hennes ergoterapeut kollegaer gått inn til pasienten og gjort en initial vurdering hvor hun hadde opplevd at pasienten ikke var kognitivt svekket og at det dermed ikke ville være nødvendig å gjøre en utvidet kognitiv vurdering i form av standardiserte tester. Informanten snakket med sin kollega og hadde en samtale med

pasienten før hun kom til samme konklusjon. Når informanten rapporterte funnene til avdelingens lege ble hun svært overrasket over legens reaksjonen. Da hun opplevde at legen ble irritert og hun fikk spørsmål om hvorfor hun trenerte legens bestilling. Denne situasjonen endte med at hun på tross av hennes egen og kollegaens vurdering gjorde en full kognitiv utredning. Selv om resultatet viste at ergoterapeutenes initiale vurderinger hadde vært rett satt hun igjen med en følelse av at legen hadde stilt mistillit til hennes evner som ergoterapeut. Informanten fortalte at opplevelsen hadde gjort sterkt inntrykk på henne og at hun hadde kjent på følelsen av å ikke bli trodd på egen faglighet og at hun følte at den gitte legen ikke ville tro på henne før hun hadde skriftlig dokumentasjon fra testene å vise til.

*«Jeg fikk respons på at «når jeg (legen) gir deg en bestilling på en kognitiv vurdering er det slik at du bare kan nekte å gjøre det?» Da tekte jeg, OI, hva er det her? Det er noe med å stole på at det man gjør er en riktig vurdering og i denne situasjonen følte jeg at jeg ble mistenkeliggjort for at jeg gjorde en dårlig jobb (...), jeg følte meg sett ned på», (informant 1).*

Eksempelet ovenfor er et alvorlig eksempel på hvordan enkelte ergoterapeuter kan oppleve det å ikke bli trodd på egen faglighet. Viktigheten av å få forståelse for egne arbeidsmetoder og vurderinger er slik jeg ser det et universalt behov hos alle som er en del av arbeidslivet har behov for å oppleve. Selv om ikke alle informantene hadde opplevd å bli direkte mistrodd eller følt seg overkjørt etterlyste de alle sammen en holdningsendring i forhold til egne kollegaer.

En gjennomgående enighet hos informantene var at det er mye som avhenger av hvilke holdninger teammedlemmene hadde ovenfor hverandre. Det å ikke ha forståelse for hverandres arbeidshverdag og dermed ei heller ha innsikt i hvilke krav og utgangspunkt for handlinger de ulike er underlagt var viktig for informantene. Det var flere av informantene som etterlyste tydelige føringer fra ledelsen i forbindelse med holdningsendrende arbeid på egen arbeidsplass.

*«Holdningsendring, respekt for hverandre sin kompetanse og respekt for at det de andre i teamet gjør er til det beste for pasienten. (...) Ledelsen (avdelings-/seksjonslederne) burde satt seg ned og blitt enige om hvem gjør hva og hvorfor og deretter vært flink til å påvirke sine ansatte), (informant 5).*

*«Jeg tenker at det er mye som er avhengig av hvordan vi er organisert. (...) Hvis ledelsen hadde vært mer tydelig inne å hjulpet til med å skille tydeligere mellom rollene, og sagt tydeligere ifra om hvem som skal gjøre hva. Hadde man visst det så hadde det blitt lettere å samarbeide. Det hadde blitt færre konflikter, (...) så jeg tror det er ledelsen rett og slett som har hovedansvaret», (informant 2).*

Et annet aspekt ved det å få gehør for egne faglige vurderinger og deretter få egne faglige tiltak fulgt opp og gjennomført var utfordringene informantene beskrev ved at kollegaer ofte hadde ulike forventinger til hva ergoterapeuten skulle gjøre.

*«En typisk uenighet som vi ofte opplever er misforståelser om hva ergoterapi egentlig er, særlig den biten som omhandler ADL trening. Altså, hva er trening og hva er pleie og hvor går grensen fra kartlegging av funksjon til at en er der som en pleier», (informant 4).*

Videre beskrev informantene at det hersker en del usikkerhet rundt hva som er ergoterapeutiske arbeidsoppgaver. Informantene var tydelige på at en slik form for usikkerhet og ukunnskap kunne resultere i at de innad i teamet arbeidet mot og ikke med hverandre.

*«Det kan fort bli slik at vi har vært vårt område som vi arbeider med uten at vi klarer å samkjøre oss innad i teamet og noen ganger hender det at vi faktisk arbeider mot hverandre uten å tenke over det», (informant 2).*

*«Ergoterapeutene er kjempe avhengig av at de teammedlemmene er enige i de tiltakene vi iverksetter ellers blir de ikke fulgt opp», (informant 4).*

### 4.3 Oppsummering resultat

Informantene hadde alle erfaringer med at ergoterapeutiske tiltak ikke ble fulgt opp i større eller mindre grad. Årsakene til at disse tiltakene ikke ble fulgt opp er mange. Jeg har i denne resultat delen forsøkt å beskrive noen få aspekter av arbeidshverdagen til 5 norske ergoterapeuter. De har alle ulike arbeidserfaring og ulike måter å takle arbeidshverdagens utfordringer med det å formidle egne faglige vurderinger samt å få disse fulgt opp. På tross av deres ulikheter har det innsamlede datamaterialet vist at de har mange felles oppfatninger og utfordringer knyttet til sin praktiske arbeidshverdag. Noen av utfordringene de opplever er vanskelighetene rundt det å bli hørt, enten gjennom muntlige diskusjoner eller at de opplever at den skriftlige dokumentasjonen ikke blir lest eller tatt til etterretning. Videre beskriver informantene en hverdag hvor de aktivt må bedrive opplæring av kollegaer og pårørende. Denne opplæringen gjøres både som en nødvendighet for å vise hva ergoterapeuten er og gjør overfor de respektive samarbeidspartnerne men også for å forsikre seg om at deres faglige bidrag blir anerkjent og fulgt opp.

Informantene har et felles ønske om at ergoterapi som profesjon skal bli bedre kjent slik at de kan benytte mer tid til å behandle pasienter og mindre tid til å legitimere egen funksjon. Holdningsendring og tydeligere retningslinjer på arbeidsplassen er blant annet noen av tiltakene mine fem informanter foreslo. Samtidig som de etterlyser tydeligere retningslinjer fra ledelsen var de alle opptatt av å promotere og selge eget fag. Det å vise hva ergoterapi står for og hvordan dette kan være en viktig ingrediens i et tverrfagligteam. Med dette i bakhodet ønsker jeg nå å gå videre til denne oppgavens diskusjonskapittel.

## **5 DISKUSJON:**

### **5.1 Tverrfaglighet og kunnskap i handling**

Jeg vil i dette kapittelet diskutere det analyserte datamaterialet opp mot teori og forskning og se dette i lys av egne tolkninger. Gjennom denne diskusjonen ønsker jeg å belyse ulike sider av resultatet og forskningsspørsmålene mine. Forskningsspørsmålene dreide seg om hvilke erfaringer ergoterapeuter har med å formidle egne faglige vurderinger, observasjoner og i hvilken grad de ergoterapeutiske tiltakene ble fulgt opp. Som resultatene viste fungerer det tverrfaglige arbeidet til tider og når det fungerer tolker jeg informantene slik at deres opplevelse av tverrfaglig samarbeid samsvarer både med teori om tverrfaglighet og de helsepolitiske føringene helsevesenet er underlagt. I de tilfeller hvor informantene opplever at det tverrfaglige teamet fungerer vil en kunne si at reformer som samhandlingsreformen og stortingsmelding 13, Utdanning for velferd – Samspill i Praksis har truffet blink. Som nevnt i innledningen så er utgangspunktet for samhandlingsreformen at det må bli en øking av helseprofesjoner som vil samarbeide i tverrfaglige team og kunnskapskravene til profesjonene vil øke på grunn av utvikling innad i helsetjenestene og den generelle samfunnsutviklingen (Helse-og-omsorgsdepartementet 2008-2009). Hver av profesjonene skal ha egne fagområder hvor deres kjernekompetanse er representert og det er synliggjøring og anvendelse av hver enkeltes kjernekompetanse som vil ligge til grunn for en vellykket samhandling innad i teamene (Kunnskapsdepartementet 2011-2012).

Så lenge det tverrfaglige teamet fungerte beskrev informantene at de både fikk gehør for egne faglige vurderinger og at de ergoterapeutiske tiltakene både ble forstått og gjennomført. Hadde dette vært hele bildet av informantenes arbeidshverdag hadde både resultatet og diskusjonen endt her. Da hadde jeg kunne konkludert med at informantene ikke hadde noen vanskeligheter med å formidle egne fagspesifikke observasjoner og tiltak og at de andre profesjonsgruppene i det tverrfaglige teamet fulgte opp de ergoterapeutiske tiltakene på en tilfredsstillende måte. Jeg ville kanskje ha hevdet at intensjonen og formålet med tverrfaglige team hvis hensikt er at de ulike teammedlemmene skal bidra med en kunnskapsoverføring innad i teamet og dermed sikre at pasienten mottar en helhetlig og kvalitativ god tjeneste var oppfylt. At de ergoterapeutene jeg hadde intervjuet hadde en strømlinjeformet og helhetlig

arbeidshverdag og at det ikke derfor var behov for mer forskning på emnet ergoterapeuter og tverrfaglighet. Dette var dog ikke informantenes oppfatning og som vist i resultatet var det kun tidvis at det tverrfaglige samarbeidet fungerte.

Derimot viste informantene til flere ulike faktorer som spilte inn i forhold til om det tverrfaglige samarbeidet fungerte. De snakket om at det å jobbe i tverrfaglige team var som å være i en familie hvor alle til tider kan være uenige og ha forskjellige oppfattelse av hva som er til det beste for pasienten. Informantene mente at på tross av at deres intensjoner om å se på pasientene med et helhetlig blikk, så ville de aldri kunne oppfatte det hele og komplekse bildet av pasienten. Her ønsker jeg å støtte meg til Molander og hans teori om kunnskap i handling for å forstå informantenes uttalelser, nærmere bestemt betydningen av at for å forstå en del må en også forstå helheten (Molander 1996). Jeg antar at hver enkelte medlem i et tverrfagligteam har sin oppfatning av situasjonen og har gjennom sin profesjonelle fagbakgrunn gjort noen vurderinger og har noen tanker angående veien videre for pasienten. Den kunnskapen hver enkelt besitter skal forsøkes å sammenfattes med de andre teammedlemmenes sin kunnskap gjennom eksempelvis tverrfaglige møter. Molander beskrev at en kyndig fagutøver har oversikt over hvilke oppgaver en mestrer og hvilke en ikke har kompetanse på (Molander 1996).

I resultatdelen viser jeg til utsagn fra informantene hvor de har eksempler på at de hadde blitt mistrodd på deres faglige vurderinger eller at selv ved gjentatt beskrivelse av hvordan et ergoterapeutisk tiltak skulle gjennomføres ble det likefult ikke fulgt opp eller gjort feil. Molander (1996) beskriver at en fagutøver må være tydelig i sin faglighet, slik at fagutøverens samarbeidspartnere vet hva man kan forvente. Informantene beskriver at de driver med opplæring og informering om hva ergoterapeuten gjør både på tverrfaglige møter og med skriftlig dokumentasjon, men kan det stilles spørsmålsteget om denne informasjonen ikke er tydelig nok? Slik at informantene likevel ikke blir oppfattet som faglig tydelig og klar? Videre sier Molander at en som fagutøver må ha innsikt i egen kunnskap, være oppmerksom på sine omgivelser og vite hvordan en som fagutøver skal handle forsvarlig og etisk riktig (Molander 1996). Når en fagutøver ikke har innsikt i egen fagkunnskap risikerer vedkommende å begrense egne muligheter for å erverve seg ny kunnskap samt at en kan bli mistrodd på de fagkunnskapene han faktisk besitter (Molander 1996). Det er ikke vanskelig å

se for seg hvordan dette kan skape vanskelige samarbeidssituasjoner innad i tverrfaglige team hvis en eller flere teammedlemmer blir oppfattet av sine kollegaer i den grad at de ikke besitter den kunnskapen de hevder å ha og at teamarbeidet på denne måten kan bli ødelagt. Men hvis en går tilbake til når de tverrfaglige teamene fungerer og ser på uttalelsene til informanten angående at de hver informerer og uttaler seg ut fra ulike aspekter angående pasientens sykdom kan en på nytt se hvordan Molanders uttalelse om at for å forstå hver del må en forstå helheten.

Dette fører meg videre til hermeneutikk og nærmere bestemt den hermeneutiske spiral Mennesker forstår utfra ens egne forståelsesredskaper som betinger ens liv gjennom tradisjoner, kontekst og levd liv (Kvale and Brinkmann 2009). Dermed tolker jeg teorien slik at hvordan man oppfatter og forstår andre mennesker og i dette tilfelle de andre teammedlemmene sine kunnskaper og handlinger, baseres på den forforståelsen og den konteksten en selv befinner seg i. Ergo hver av informantene har sin egne forforståelse av situasjonen på lik linje med de andre teammedlemmene og det er gjennom horisontsammensmeltningen av de ulike medlemmenes forforståelse at et nytt og helhetlig bilde kan fremstå og ny kunnskap vil skapes. Informantene oppfatter og tolker ut fra en ergoterapeutisk fagtradisjon og oppfatter pasientens funksjonsproblematikk på deres særfaglige måte. Som informant 2 beskrev det så vil vedkommende gjerne tro at hun som ergoterapeut ser det helhetlige bilde av pasienten, men hun erkjenner verdien og viktigheten av de andre teammedlemmenes kunnskaper og deres måte å se pasienten på for å kunne danne seg et helhetlig bilde av pasientens funksjonsproblematikk.

Litteratur som omhandler tverrfaglighet beskriver hvorfor tverrfaglighet er et godt alternativ når det kommer til behandling av pasienter innen helsevesenet (Lauvås 2004, Helse-og-omsorgsdepartementet 2008-2009, Kunnskapsdepartementet 2011-2012). I store deler av faglitteraturen blir tverrfagligbehandling innen helsesektoren ansett som det beste en kan tilby pasientene (Lauvås 2004). Tverrfaglighet skal gi inntrykk av at pasientene får et helhetlig og kvalitativt godt tilbud fra ansatte som har høy kompetanse og som arbeider innad i et spennende og lærerikt arbeidsmiljø (Lauvås 2004). Sitatene fra informantene i resultatdelen viser at de både synes det er spennende, lærerikt og at det å arbeide tverrfaglig er et godt alternativ til hvordan en kan behandle pasientene. Men informantene er også enige



om at det er utfordrende og at det er mange faktorer som skal være på plass for at samarbeidet skal fungere. Faktoren som gikk på kunnskapsutveksling og tillit til hver enkeltes kunnskap er nevnt ovenfor men hvordan kommer man til enighet slik at en kan jobbe mot et felles mål, slik at alle teammedlemmene blir hørt og at de kan komme frem til en felles løsning på pasientens behandlingsutfordringer? Slik jeg tolker utsagnene til mine informanter er mye av utfordringene som er knyttet opp mot tverrfaglig kunnskapsutveksling forbundet med en manglende dialog. Hvis de ikke har en god dialog innad i teamet får dette konsekvenser for både kunnskapsutvekslingen og oppfølgingen av de ulike ergoterapeutiske behandlingstiltakene.

## 5.2 Dialog, en forutsetning for teamarbeid

Molander (1996) beskriver at dialog er kunnskap som er i konstant bevegelse. Jeg tolker Molander slik at i en teambasert arbeidshverdag er teammedlemmene avhengige av å kunne ha en velfungerende kommunikasjon for å hindre at de skal avvike fra en felles forståelse for hvordan de skal behandle pasientene. I teorikapittelet presenterte jeg Molanders teori om dialog, hvor dialogens hensikt er å oppnå et felles formål og felleskap (Molander 1996). Jeg tolker både informantene og teorien slik at det vil være en tydelig svakhet innad i teamet hvis ergoterapeutene ikke blir tatt med i det dialogiske fellesskapet med den konsekvensen at ergoterapeutens faglige vurderinger og anbefalinger ikke blir tatt til etterretning.

Tidligere forskning har vist at gjennom en svak faglig formidling av faget kan ergoterapeuter ende opp med å adoptere andre faggruppers faglige identiteter eller i verste fall oppleve en svært stresset arbeidshverdag som kan resultere i utbrenthet (Lloyd and King 2001, Curtin, Molineux et al. 2010). Slik jeg har tolket mine informanter er det ingen av de som gir uttrykk for at de har en svak faglig identitet eller at de ønsker å adoptere noen av de andre faggruppens tradisjoner. Jeg oppfatter ei heller utsagnene fra informantene dit hen at de ikke evner å formidle egne faglige bidrag men at de ofte og gjentatte ganger må informere og forklare ergoterapeutens rolle og funksjon. Det er i denne opplærings og forklaringsfasen at jeg oppfatter at enkelte av informantene kan bli usikker på om de blir hørt i den grad de ønsker. Informantene befinner seg i en konstant dialog med sine kollegaer og ifølge Molander er dialog en bevegelse av både identitet og forståelse (Molander 1996).

Enkelte av informantene hadde en holdning om at en får den plassen en selv krever og at det er gjennom dialog med de andre teammedlemmene de får tydeliggjort den kunnskapen de besitter. I slike uttalelser kan en se hvordan Molanders poenger i forhold til at det er gjennom dialog man får innsikt i den kunnskapen en besitter blir gjeldende (Molander 1996).

Under de tverrfaglige møtene vil teamet kunne benytte spørsmål og svar for å belyse den reflekterte kunnskapen som ikke alle kanskje er klar over at befinner seg innad i teamet (ibid.). Ergoterapeutene vil kunne få belyst hvordan både den praktiske og teoretiske kunnskapen er sammenføydd i deres egen praksis og hvorfor det dermed er så viktig at de blir hørt.

Ergoterapeuten er avhengig av at de gjennom en faglig dialog kan komme frem med egne synspunkter og vurderinger, og bli både hørt og trodd på deres vurderinger. Molander beskriver at det er gjennom dialogen at de ulike teammedlemmene får innsikt i hverandres kunnskaper (Molander 1996). På tross av at teammedlemmene har ulik faglig bakgrunn vil en gjennom det tverrfaglige samarbeidet kunne benytte spørsmål og svar for å belyse den reflekterte kunnskapen som kanskje ikke alle er klar over at befinner seg innad i teamet (ibid.). Gjennom en faglig dialog med fokus på spørsmål og svar vil ergoterapeuten kunne få belyst hvordan både den praktiske og teoretiske kunnskapen er sammenføyd i deres egen praksis og hvorfor det dermed er så viktig at de både blir hørt og tatt med i rådslåing når avgjørelser angående pasientenes behandling skal fattes.

I følge Molander skal alle synspunkter kunne føres inn i en dialog, rette gale, irrelevante eller lite gjennomtenkte, det er gjennom en åpen og reflektert dialog at et nytt kunnskapskilde kan dannes (Molander 1996). Samhandlingsreformen og stortingsmelding 13 forteller oss at det blant annet er gjennom økt forståelse av hverandres kjernekompetanse at helsevesenet skal oppnå en økt kvalitet og effektivitet (Helse-og-omsorgsdepartementet 2008-2009, Kunnskapsdepartementet 2011-2012).

Resultatet av dette mastergradsprosjektet antyder at ergoterapeuter til tider opplever å ikke få gehør for egne fagspesifikke tiltak, observasjoner med den konsekvensen av at tiltakene ikke blir fulgt opp eller gjennomføres på en annen måte enn ergoterapeuten anser som hensiktsmessig. Mine tanker er at gjennom en tydeligere faglig dialog hvor alle parter av det tverrfaglige teamet får benyttet sine ressurser vil være med på å øke nivået på pasientbehandlingen. Jeg antar at det ikke bare vil være ergoterapeuter som vil kunne kjenne seg igjen i utfordringer med å få gjennomslag for egne faglige tiltak eller at flere yrkesgrupper til tider opplever at deres kollegaer ikke har full forståelse for deres fag. Yrkesutøverne bør slik jeg ser det etterstrebe å være i dialog med sine teammedlemmer og ikke en monolog.

*«For hvert eneste steg du tar ligger monologen på lur med sine utrop, spørsmåltegn, sine edle følelser sine prikker over I'en, midt i et kyss. Sin malende klage og sitt repertoar av knuste speil», (Molander 1996 s.83).*

Som Molander har sagt dialog er en bevegelse av identitet og forståelse og den kyndige fagutøveren må hele tiden ønske å utvikle seg å lære (Molander 1996). Dermed må ergoterapeuter i tverrfaglige team våge å stille spørsmål både ved sin egne kunnskap men også ved sine teammedlemmers kunnskap (Molander 1996). Kanskje yrkesutøverne både må bli mer kritiske ovenfor hverandres kunnskap uten at det dermed skal skapes tvil til den kunnskapen hver enkelt har men for å avdekke hverandres kunnskaps hull og dermed få belyst og bekreftet egen kunnskap uten at det skal være en ensom eller ubehagelig aktivitet. Ingen er ekspert for evig og hvert et menneske er avhengig av å erverve seg ny kunnskap for å utvikle seg. Som Molander (1996) beskrev det den kyndige fagutøverne må ønske å lære å være oppmerksom på det en ikke kan eller vet. Ingen kunndkap varer evig, kunnskapen er konstant foranderlig (Molander 1996).Jeg tror også yrkesutøveren må være oppmerksom og i endring i sin arbeidshverdag for å kunne være en dyktig fagperson og en ressursperson i tverrfaglige team.

## **6 AVSLUTNING:**

Gjennom arbeidet med datamaterialet kom det frem noen ulikheter mellom informantene. Variasjonene gikk både på lengde på arbeidserfaring og på variasjoner i forhold til hvordan erfaringer informantene hadde med å formidle egne faglige observasjoner og tiltak. Informantene hadde ulike erfaringer med om deres ergoterapeutiske tiltak ble fulgt opp og eventuelt hvilke strategier informantene benyttet seg av for å få egne faglige tiltak gjennomført. Alle informantene kom med eksempler på at når et tverrfaglig team fungerte så var det til både personalet og til pasientens beste, men hvordan de ulike informantene arbeidet med å tydeliggjøre sin posisjon innen de ulike tverrfaglige teamene varierte. Den av informantene som hadde arbeidet lengst anså ikke det som vanskelig verken å bli hørt eller å få tiltakene fulgt opp. Men gjennom analysen av datamaterialet mitt var det tydelig at denne informanten hadde gjort flere grep for å forsikre seg om at hennes posisjon innad i teamet ble respektert og regnet med på lik linje med de andre teammedlemmene.

Enkelte av de andre informantene hadde under fem års arbeidserfaring som ergoterapeut i tverrfaglige team og var tydeligere på at de var frustrerte over at de var nødt til å forklare ergoterapeutens funksjon og validere egen eksistens innad i det tverrfaglige teamet relativt ofte. I ettertid av analysen av datamaterialet mitt har jeg undret meg over hva dette kan skyldes. Jeg har undret på om den ene reaksjonen er bedre enn den andre. Hvorfor reagerer enkelte av informantene med frustrasjon over det å ikke bli lyttet til, at de må drive med en kontinuerlig opplæring av sine kollegaer og at de opplever situasjoner hvor informantene føler at de må kjempe for sin naturlige plass i det tverrfaglige teamet. I motsetning til de av informantene som ar arbeidet i nærmere 20 år, hvor det å informere og forklare egen kompetanse er ansett som en naturlig del av arbeidshverdagen og dermed ikke noe som er verdt å bli frustrert over. Er det så enkelt som at jo lengre arbeidserfaring du har jo mer avslappet eventuelt blasert blir man i forhold til denne typen situasjoner? Eventuelt kan det ha noe med at når man har jobbet i en viss situasjon over lengre tid blir en vanskelig situasjon som det å bli hørt, den naturlige arbeidsformen og at man tilpasser seg deretter? Eller er dette funnet kun en tilfeldighet i forhold til hvordan den faktiske arbeidshverdagen er for ergoterapeuter i 2015?

Forskning og litteratur som jeg har referert til gjennom denne oppgaven viser at det å være ergoterapeut er en komplisert og sammensatt beskjeftigelse (Kinn and Aas 2009, Curtin, Molineux et al. 2010). Ergoterapeuter som yrkesgruppe har utfordringer både med å verbalisere eget fag og egen kompetanse, og i ytterste konsekvens kan dette få store konsekvenser både for yrkesutøverne på et personlig plan i form av utbrenthet og tap av ergoterapifaglig identitet men og for ergoterapi som selvstendig profesjon (Lloyd and King 2001, Curtin, Molineux et al. 2010, Edwards and Diercke 2010). Hvordan skal Norsk Ergoterapeut Forbund forvente å vokse og bli en naturlig del av det helsepolitiske bildet hvis yrkesutøverne ikke kan verbalisere egen kunnskap for seg selv, sine kollegaer eller pasienter?

Ergoterapeuter har forsket på egen profesjon i over tretti år og det er tydelig at som yrkesgruppe har ergoterapeuter flere utfordringer innad i egen profesjon (Lloyd and King 2001, Curtin, Molineux et al. 2010). Ergoterapeuter har et begrepsapparat som innebærer en særegen forståelse av aktivitetsbegrepet og ergoterapiens historie viser til flere paradigmeskifter hvor profesjonen har endret eget verdigrunnlag (Ness 2002). Dette tror jeg kan ha vært med på å gjøre ergoterapeuters faglige språk noe skiftende i forhold til når en er utdannet og på hvilken måte de ulike fagutøverne forholder seg til faget. I denne oppgaven har jeg bare intervjuet fem ergoterapeuter noe som vil være alt for lite til å kunne trekke slutninger for alle ergoterapeuter. Men jeg synes at det kan være en interessant tanke å ha med seg.

Paradigmeskiftene innad i ergoterapien har beveget profesjonen mellom et tydelig naturvitenskapelig språk med fokus på maskin modell tenking med standardiserte tester med konkrete svar på komplekse spørsmål og tilbake til å se aktivitet som samfunnsdeltagelse (Ness 2002). Ergoterapiens siste paradigmeskifte har ført profesjonen bort fra et naturvitenskapelig perspektiv på helse og dermed og endret ergoterapiens fagspråk slik jeg ser det. Jeg mener at ergoterapeuter har sin måte å se på pasientenes helse og aktivitetsutfordringer på lik linje som hver enkelte av de andre profesjonene som tilhører det tverrfaglige teamet har sin særegne oppfattelse av helse. utfordringen er å finne et felles språk slik at fagutøverne kan ha en god, reflektert og produktiv faglig dialog.

Med helsepolitiske reformer som henstiller til økt tverrfaglig samarbeid innen de ulike helseprofesjonene og et ønske om en tydeligere ledelse og mer tverrfaglighet fra informantene som deltok i dette prosjektet, kan det da settes spørsmålstegn med hvorfor yrkesaktive ergoterapeuter i 2015 fortsatt sliter med de samme problemstillingene og utfordringene som forskning viser at de allerede har gjort i mange år?

Hvis ergoterapeuter ved norske sykehus skal inngå i de tverrfaglige teamene og være en naturlig del av helsevesenet, hvorfor etterlyser informantene i dette prosjektet en tydeligere styring og legitimering av ergoterapeutrollen fra blant annet egen ledelse? Kan dette handle om at norske ergoterapeuter har vært og eventuelt er for dårlig til å overbevise andre om den kompetansen ergoterapeuter besitter. Eventuelt at ergoterapeuter som yrkesgruppe faktisk må bli tydeligere i promotering av ergoterapi som en viktig ingrediens i pasientbehandling slik flere av informantene fremholdt.

Informantenes erfaringer med å formidle egne fagspesifikke observasjoner, tiltak innad i team med andre profesjoner har i denne oppgaven vist at fagutøverne opplever en sammensatt arbeidshverdag. Hvor det å få ergoterapeutiske tiltak fulgt opp av de andre teammedlemmene til tider kan være varierende og utfordrende. Gjennom en tydelig faglig profil, en jevn informasjonsstrøm om hva ergoterapi kan tilføre i pasientens behandling og en tydelig faglig dialog opplever ergoterapeuten både å bli hørt, respektert og få gehør for ergoterapifaglige uttalelser og tiltak.

## Litteraturliste:

- Borg, T. (2007). Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. København, Munksgaard.
- Curtin, M., et al. (2010). Occupational therapy and physical dysfunction : enabling occupation. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Edwards, H. and D. Dirette (2010). "The Relationship Between Professional Identity and Burnout Among Occupational Therapists." Occupational Therapy in Health Care **24**(2): 119-129.
- Halvorsen, K. (2013). Innføring i helse- og sosialpolitikk. Oslo, Universitetsforl.
- Helse-og-omsorgsdepartementet (2008-2009). Stortingsmelding 47 Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid,. Oslo, Helse og omsorgsdepartementet, 2009.
- Ikiugu, M. N. and H. M. Rosso (2003). "Facilitating professional identity in occupational therapy students." Occupational Therapy International **10**(3): 206-225.
- Institutt for helse- og omsorgsfag (2014). Bachelor i ergoterapi. Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse og omsorgsfag.
- Kielhofner, G. (2010). Ergoterapi i praksis: det begrepsmessige grunnlag. København, Munksgaard.
- Kinn, L. G. and R. W. Aas (2009). "Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study." Australian Occupational Therapy Journal **56**(2): 112-121.
- Kunnskapsdepartementet (2011-2012). Stortingsmelding 13-Utdanning for velferd-Samspill i praksis. Oslo, Kunnskapsdepartementet, 2012.
- Kvale, S. and S. Brinkmann (2009). Interview : introduktion til et håndværk. København, Hans Reitzel.
- Lauvås, K. (2004). Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi. Oslo, Univesitetsforlaget.
- Lloyd, C. and R. King (2001). "Work-related stress and occupational therapy." Occupational Therapy International **8**(4): 227-243.
- Lycett, R. (1991). ""Well, What is Occupational Therapy?" An examination of the Definitions given by Occupational Therapists." British Journal of Occupational Therapy **54**(11): 411-414.



Melby, L. and A. H. Tjora (2013). Samhandling for helse. Oslo, Gyldendal akademisk.

Molander, B. (1996). Kunnskap i handling. Göteborg, Daidalos.

Ness, N. E. (2002). "Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv, et historisk blick ideer som påvirker faget." Ergoterapeuten **10**.

Ness, N. E., et al. (1995). Aktuelle artikler om ergoterapiens historie, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for helse- og sosialfag, Ergoterapiutdanningen CY - [Trondheim].

Katalogisert etter omslag

Repstad, P. (2007). Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag. Oslo, Universitetsforlaget.

Thornquist, E. (2012). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori- for helsefag. Bergen, Fagbokforlaget.

Tjora, A. H. (2012). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo, Gyldendal akademisk.

1. utg. 2010

Warberg, L. A. (2012). "Samhønings reformen noen rettslige aspekter." Retrieved 30.03.15, 2015, from <http://www.nettressurser.no/helserett/Oppdateringer/Samhandlingsreformen-noen-rettslige-aspekter>.

Willumsen, E. and A. Ødegård (2014). Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag. Oslo, Universitetsforl.

# Vedlegg

## *Vedlegg 1*

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Ergoterapeuters erfaringer med å arbeide i team med andre profesjonsgrupper»**

#### **Bakgrunn og formål**

Dette er en henvendelse til deg angående deltagelse i mitt mastergrads prosjekt. Formålet med studien er å belyse hvilke erfaringer ergoterapeuter som arbeider i team med andre profesjonsgrupper har. Hvordan oppleves det å formidle egne fagspesifikke tiltak og hvilke erfaringer har ergoterapeutene i forhold til oppfølgingen av egne tiltak.

Du blir forespurt om å delta i studien som informant ettersom du er en praktiserende ergoterapeut som arbeider i team med andre profesjonsgrupper. Prosjektet gjennomføres i forbindelse med skriving av min mastergradsoppgave hvor Universitetet i Tromsø er den ansvarlige intuisjonen for min studie.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Jeg ønsker å intervju deg om dine erfaringer med å arbeide i team og høre hvilke tanker du har rundt de ulike aspektene ved å arbeide i tverrprofesjonelle team. Intervjuet vil ta ca. 1 time og intervjuet kan gjennomføres enten på din arbeidsplass eller ved et annet sted av ditt valg. Selve intervjuet vil bli tatt opp på lydband.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, ved studiens slutt vil lydopptak og andre data som omhandler deg slettes. Oversikten over de ulike informantene vil oppbevares adskilt fra øvrig data. Ved ferdigstilling av masteroppgaven vil det ikke være mulig å gjenkjenne de ulike informantene. Prosjektet skal etter planen avsluttes 06.05.15.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn før arbeidet med analysen er påbegynt. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli destruert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta gjerne kontakt med meg Janne Joakimsen (student) enten per telefon 48140360 eller per mail [joakimsenj@gmail.com](mailto:joakimsenj@gmail.com) eller min veileder førsteamanuensis Aud Obstfelder på mail [aud.obstfelder@uit.no](mailto:aud.obstfelder@uit.no)

Hvis du ønsker å delta i studien ber jeg deg om å sende meg samtykkeerklæringen. Den legges i ferdig frankert konvolutt som du har mottatt sammen med denne henvendelsen og så vil jeg kontakte deg fortløpende.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Kontaktinformasjon:

Navn:.....

Telefonnummer:.....

Epost:.....



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Vedlegg 3

## Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Aud Obstfelder

Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 07.11.2014

Vår ref: 40230 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

|                      |  |
|----------------------|--|
| 40230                | <i>Ergoterapeuters erfaringer med å arbeide i tverrfaglige team</i>      |
| Behandlingsansvarlig | <i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i> |
| Daglig ansvarlig     | <i>Aud Obstfelder</i>  |
| Student              | <i>Janne Joakimsen</i>   |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller 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, 06.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

*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



## Personvernombudet for forskning

### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 40230

Data innhentes ved intervju med ergoterapeuter som arbeider i tverrfaglige team.

Utvalget får skriftlig informasjon om prosjektet via avdelingsleder. De som ønsker å delta samtykker direkte til studenten. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi anbefaler følgende presisering:

- "Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert."

Vi minner om at veileder og student må følge UiT sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

I den ferdige oppgaven skal data presenteres slik at ingen (heller ikke avdelingen) kan gjenkjenne den enkelte informant.

Forventet prosjektslutt er 06.05.2015, og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres (jf. informasjonsskriv til deltagerne). Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. (arbeidssted, stilling, alder, kjønn) - slette lydopptak.

## Forskningsprosjektet:

**Hva:** Belyse ergoterapeuters erfaringer med å arbeide i team med andre profesjonsgrupper

**Hvorfor:** Det er en helsepolitisk forventning om at dette er den beste arbeidsformen i forhold til helhetlig behandling av pasienter, men hvordan opplever klinikerne dette? Blir deres særfaglighet ivaretatt?

**Hvordan:** Basere meg på de helsepolitiske føringene som helsevesenet er underlagt og undersøke erfaringene til klinikerne gjennom semistrukturerte dybdeintervju.

## Intervjuguide:

|    | Forskningsspørsmål   | Intervjuspørsmål  |
|----|--|---|
|    | <b>Presentasjon og innledende spørsmål</b>   | <p>1.Hvor lenge har du arbeidet som ergoterapeut?</p> <p>2.Hvor lenge har du arbeidet i et team som er sammensatt av ulike profesjoner?</p> <p>3.Hvilke profesjoner består teamet av?</p> <p>4.Hvor ofte har dere tverrprofesjonelle møter på din avdeling?</p>   |
| 1. | <b>Hvilke erfaringer har ergoterapeuter med å formidle egne fagspesifikke tiltak innad i team med ulike profesjonsgrupper.</b>                 | <p>5.Kan du fortelle meg hvordan et teammøte foregår? (Eksempelvis, er det noen rekkefølge på hvem som åpner møte? Er det en bestemt måte møtene blir gjennomført på?)</p> <p>6.Hvilken plass opplever du som ergoterapeut å ha i teamet?</p> <p>7.Beskriv et ideelt rehabiliteringsforløp for en typisk pasientgruppe på din avdelingen?</p> |
| 2. | <b>Hva er ergoterapeutenes erfaringer i forhold til hvordan de ergoterapeutiske tiltakene blir fulgt opp av det tverrprofesjonelle teamet?</b> | <p>8. I hvilken grad og på hvilken måte blir tiltak fulgt opp av de andre i teamet når du ikke er tilstede/på vakt?? (Eksempelvis av pleiere/ sykepleiere som arbeider kveld/helg).</p>   |
|    | <b>Avslutning</b>  | <p>9. Har du noe mer du vil tilføye eventuelt som du vil jeg skal oppklare?</p> <p>10.De hoved emnene som jeg har opplevde at vi har vært innom i løpet av intervjuet er....</p>  |