



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

”Rollen min ble mye viktigere enn jeg noen gang før har opplevd”

En kvalitativ studie av ergoterapistudenter i tverrfaglig studentteam

Eirin Flak Bugge

Masteroppgave i helsefag, flerfaglig studieretning

Oktober 2015



FORORD

Dette har vært en arbeidsom og lærerik prosess.

Jeg vil takke min hovedveileder, professor II Aud Obstfelder, og biveileder, førstelektor og prosjektleder for *Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis*, Bente Norbye, for god veiledning underveis i prosessen.

Jeg vil også takke prosjektet *Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis* for tilliten og muligheten til å være deltager i deres prosjektgruppe – samt deltagerne i denne prosjektgruppen, fordi det har vært spennende å være en del av et faglig fellesskap.

Jeg vil også takke medstudenter for nyttige samtaler på *masterhula*.

Og sist vil jeg takke min samboer Sindre for å ha vært en tålmodig mottaker for alle oppturer og nedturer en slik prosess har med seg og for lesing av masteroppgaven underveis.

Tromsø, 30. september 2015

Eirin Flak Bugge

SAMMENDRAG

Tverrfaglig samarbeid er veldig aktuelt innenfor helsetjenesten, og er fastlagt i lovverk og omtalt i andre politiske dokumenter som er knyttet opp mot helsetjenesten. Hensikten med denne masteroppgaven er å belyse hva studenter som har deltatt i praksis i tverrfaglige studentteam beskriver som egen yrkesutøvelse. Tverrfaglige studentteam ble arrangert av et pilotprosjekt ved Universitetet i Tromsø som jeg hadde et samarbeid med.

Det teoretiske utgangspunktet er kunnskapsbasert praksis og situert læring. Videre er også forskning på tverrfaglige studentteam en del av det teoretiske utgangspunktet.

Det er benyttet en kvalitativ tilnærming, og datamaterialet består av syv individuelle intervjuer, et gruppeintervju og tre ikke-deltagende observasjoner. Dataanalysen ble gjennomført med utgangspunkt i kvalitativ innholdsanalyse.

Dataene viser at ergoterapistudentenes yrkesutøvelse er todelt. Det ene handler om det spesifikke ved ergoterapifaget, det andre om aspekter ved å samarbeide. Det ses også antydninger til at dette fører med seg en bevissthet blant de andre profesjonene om hva ergoterapeuter kan og gjør, noe som kan være med å synliggjøre faget ytterligere i fremtiden.

Analysen viser at ergoterapistudenter som har deltatt i tverrfaglige studentteam har en stor del av den kompetansen som Meld. St. nr. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd* søker, nemlig en profesjonsutøver med profesjonsspesifikk kunnskap som også er en velferdsarbeider.

Nøkkelord: tverrfaglig studentteam, ergoterapi, kunnskapsbasert praksis, situert læring

ABSTRACT

Interprofessional collaboration within the health service in Norway is written both by law and other political documents. The purpose of this master thesis is to illuminate what students who have been participating in an interprofessional student team describe as own professional practice. Interprofessional student team was arranged by a project at the University of Tromsø, which I collaborated with during this process.

Evidence-based practice and situated learning is the main theoretically background. But also research about interprofessional student team is a part of this.

The methodological approach is qualitative directed. And the data were collected through seven individual interviews, one group interview and three non-participating observations. The analysis is grounded in qualitative content analysis.

The analysis pointed out that the professional practice was divided in two. The first part was about occupational therapy, and the second part contained different elements of collaboration. There is also an indication that other professions learn about what occupational therapists can and do. This can improve the occupational therapists position in the future.

In conclusion the students describe their own expertise to be a professional but also as a welfare worker, which is an answer to the political document Meld. St. nr. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd*.

Key words: interprofessional student team, occupational therapy, evidence-based practice, situated learning

INNHold

FORORD	III
SAMMENDRAG	V
ABSTRACT	VII
1 INTRODUKSJON	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 TVERRPROFESJONELL SAMARBEIDSLÆRING I HELSEFAGLIG PRAKSIS	3
1.3 AKTUALISERING	4
1.4 ERGOTERAPI	6
1.4.1 HISTORISK OM ERGOTERAPIFAGET	6
1.4.2 PROFESJONEN ERGOTERAPI	7
1.5 PROBLEMSTILLING	9
1.6 MASTEROPPGAVENS DISPOSISJON	9
2 TEORETISK UTGANGSPUNKT	11
2.1 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	11
2.1.1 TRINNENE I KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	12
2.1.2 FORSKNINGSKUNNSKAP	13
2.1.3 ERFARINGSKUNNSKAP	14
2.1.4 BRUKERKUNNSKAP	15
2.1.5 KONTEKST	17
2.2 SITUERT LÆRING	17
2.3 TVERRFAGLIG STUDENTTEAM	19
3 METODE	23
3.1 GJENNOMFØRING AV DATAINNSAMLING	23
3.1.1 UTVALG	23
3.1.2 DATAMATERIALET	24
3.1.3 FORBEREDELSE TIL INTERVJU	25
3.1.4 INDIVIDUELLE INTERVJU	26

3.1.5 GRUPPEINTERVJU	27
3.1.6 OBSERVASJON	28
3.2 METODISKE UTFORDRINGER	30
3.2.1 SAMARBEID MED ET PROSJEKT	30
3.2.2 STYRKER OG SVAKHETER	31
3.3 GJENNOMFØRING AV ANALYSE	33
3.3.1 ANALYSE AV INTERVJUENE	34
3.3.2 ANALYSE AV FELTOBSERVASJON	35
4 PRESENTASJON AV DATA	37
4.1 DET BESTE FOR PASIENTEN	37
4.1.1 INKLUDERE PASIENTEN	37
4.1.2 PASIENTENS OMGIVELSER	39
4.1.3 ANERKJENNELSE	43
4.1.4 SE DET SAMME OG SE FORSKJELLIG	45
4.1.5 I DET TVERRFAGLIGE STUDENTTEAMET	48
5 DISKUSJON	51
5.1 DET FAGSPESIFIKKE	52
5.2 SAMARBEIDET	54
5.3 TVERRFAGLIG STUDENTTEAM SOM SITUERT LÆRING	56
5.4 ERGOTERAPIFAGET I VEKST	57
6 AVSLUTNING	59
6.1 SAMMENDRAG AV DATAENE	59
6.2 VIDERE FORSKNING	60
LITTERATURLISTE	61
VEDLEGG	

Figurer og tabeller

Figur 2.1: Trinnene i kunnskapsbasert praksis.....	11
Figur 2.2: Kunnskapsbasert praksis	12
Figur 2.3: Gap-modellen	16
Figur 3.1: Plassering under observasjonene.....	29
Tabell 3.1 Oversikt over datamaterialet	25

1 INTRODUKSJON

Denne masteroppgaven handler om ergoterapistudenter som har vært en del av tverrfaglige studentteam. Det jeg ønsker å gjøre, er å se hva ergoterapistudentene beskriver som egen yrkesutøvelse etter å ha deltatt i en slik kontekst. I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for temaet jeg har valgt ut fra mitt eget ståsted og aktualisering. Til slutt blir ergoterapifaget og problemstillingen presentert.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Grunnen til at jeg skriver masteroppgave om ergoterapistudenter i tverrfaglige studentteam, er erfaringer jeg tilegnet meg da jeg gikk på bachelorstudiet. Jeg er utdannet ergoterapeut fra Høgskolen i Sør-Trøndelag, og var på utveksling ved Karolinska Institutet i Stockholm under studiene. Ved Karolinska Institutet hadde jeg praksis ved en studentdrevet sykehusavdeling, og det er erfaringene derfra jeg nå vil dele.

Det å ha praksis ved studentdrevet sykehusavdeling, er en del av grunnutdanningen hos de fire profesjonsstudiene ergoterapi, fysioterapi, sykepleie og medisin ved Karolinska Institutet (Karolinska Institutet, 2015). Denne praksisen går ut på at studenter fra de ulike profesjonene skulle samarbeide om pasientbehandling, omsorg og rehabilitering, og lære med, av og om hverandres kompetanseområder. Jeg gjennomførte denne praksisen på en sengepost ved Södersjukhuset. Denne sengeposten hadde ortopediske pasienter med skulderskader og artrose i kne og hofte. Det er studentene som driver denne avdelingen, sammen med ordinært personale som sikrer kvalitet i pasientbehandlingen (Södersjukhuset, 2015).

Praksisperioden varte i to uker, og vi var team som gikk i turnus dag og kveld. Teamene besto av studenter fra sjette semester ergoterapi, fysioterapi og sykepleier, samt femte året medisin. Jeg gikk fjerde semester da jeg var deltager i denne praksisen. Selv om jeg var kommet et år kortere på studiet enn resten av studentene, følte jeg ikke at det ga noe negativt utslag for samarbeidet mellom oss. Dette tenker jeg har å gjøre med at jeg med min spesifikke fagkunnskap som ergoterapeut kunne få hjelp til å uttrykke meg i samarbeid med min veileder

som også var ergoterapeut, samt at det i all hovedsak var samspillet mellom oss studentene som sto i fokus. Før første arbeidsdag ved studentavdelingen møttes vi alle for å gjennomføre gruppeoppgaver. Dette var for å bli bedre kjent med hverandre og hverandres profesjoner. Denne dagen fikk vi avklart hvilken kunnskap de andre profesjonene hadde og hva vi tenkte at de gjorde. Dette foregikk ved at hver profesjonsgruppe presenterte seg for resten av deltagerne, og deretter var det åpent for å stille spørsmål.

Gjennom de to ukene i praksis, lærte jeg mye. Dette er i hovedsak knyttet til at det var veldig lærerikt å få prøve seg i en klinisk hverdag. Det jeg syntes var interessant med dette, var å få tildelt ansvar og å få jobbe selvstendig. Vi i studentteamet hadde altså ansvar for behandlingen av pasientene, men en erfaren sykepleier var alltid på jobb og hadde hovedansvaret for pasientbehandlingen. I tillegg hadde vi fagspesifikke veiledere som var til stede på dagvaktene og som kunne hjelpe hver enkelt med hensyn til spørsmål som omhandlet eget fag. Jeg opplevde dette som en veldig nyttig praksis, fordi jeg fikk praktisere det jeg tidligere hadde lært både gjennom undervisning og ordinær praksis. Jeg synes det var stor forskjell på det å få jobbe sammen med andre studenter kontra det å gå ut i ordinær praksis sammen med drevne fagfolk, siden jeg opplevde at vi i studentteamet støttet opp om hverandre og hjalp til slik at alle fikk mulighet til å delta inn i teamet med sin kunnskap, spesielt i de daglige tverrfaglige møtene. Her var veilederne våre til stede, men det var vi i studentteamet som ledet møtet og snakket om pasientene. Vi ble altså litt presset til å diskutere det vi visste og hadde funnet ut om pasientene og hvilke konsekvenser dette kunne ha. Her opplevde jeg at det var åpent for å spørre de andre hvis det var noe jeg ikke skjønnte hva betydde. Jeg hadde også en følelse av at alle studentene hadde et ønske om å få dette til.

For meg ble ergoterapifaget tydeligere i denne praksisen, og jeg fikk kjenne på hva som var min posisjon i et slikt tverrfaglig studentteam. Men ikke nok med at jeg fikk plassert meg selv – jeg satt også igjen med en bevissthet om hvilken plassering de andre profesjonene hadde i teamet. Da vi rapporterte ved vaktskiftet var vi delt, slik at sykepleier- og medisinstudentene var sammen og ergoterapi- og fysioterapistudentene var sammen. Dette var helt klart en effektiv måte å gjøre unna vaktskiftet på for å spare tid. Jeg opplevde at dette var hensiktsmessig, siden vi uansett hadde tverrfaglige møter for å drøfte pasientene senere i vekten. Dessuten opplevde jeg dette som nyttig fordi vi som ergoterapi- og fysioterapistudenter hadde mye av det samme fokuset og observerte mye av det samme på denne avdelingen.

1.2 Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis

Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis er et aksjonsforskningsprosjekt som pågår i tidsrommet 2013–2016. Dette er et pilotprosjekt som har som mål «å få kunnskap om hvordan vi best kan styrke studentenes evne til tverrfaglig samarbeid når de kommer ut i yrkesfeltet» (Universitetet i Tromsø, u.å.). Prosjektet er et samarbeid mellom fire av profesjonsutdanningene ved Universitetet i Tromsø og praksisfeltet. De deltagende profesjonene er medisiner-, ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierutdanningene. Prosjektet har gjennomført praksisperioder for tverrfaglige studentgrupper i ulike institusjoner i distriktskommuner. Institusjonene var både knyttet til kommune- og spesialisthelsetjenesten. Hver praksisperiode hadde en varighet på to uker, og det ble gjennomført praksis i tre runder. Aksjonsforskning kjennetegnes ved at datainnsamling pågår fortløpende og gjennom flere faser (Universitetet i Tromsø, u.å.). Intervjuer med studentene som deltok i dette prosjektet ble gjennomført før og etter praksis, og i tillegg ble det gjennomført feltarbeid av flere ulike prosjektdeltagere underveis mens studentene var i praksis.

I arbeidet med å skrive prosjektbeskrivelse til denne masteroppgaven, kom jeg i kontakt med dette prosjektet. Og etter at jeg fikk godkjent prosjektbeskrivelsen i juni 2014, har jeg vært en del av prosjektgruppen i dette prosjektet. Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (se vedlegg 1). Dette innebar at jeg som deltager i prosjektgruppen ikke trengte å sende egen søknad til NSD, men ble underlagt samme reglement fra NSD med hensyn til blant annet anonymisering og oppbevaring av datamaterialet. Deltagelsen i denne prosjektgruppen har for min del inneholdt prosjektmøter en gang i måneden, og i tillegg har jeg deltatt i diskusjoner. Jeg har også gjennomført datainnsamling i regi av prosjektet – dette gjør jeg rede for i *kapittel 3 Metode*. Jeg signerte *Forespørsel om deltagelse i aksjonsforskningsprosjekt* (vedlegg 2) da jeg ble deltager i prosjektgruppen.

1.3 Aktualisering

Lauvås og Lauvås (2004) presenterer ulike forfattere som har skrevet om forskjellige organiseringer av samarbeid.¹ Ofte er hovedgrenene som det refereres til tverrfaglige og flerfaglige. Begrepet tverrfaglig refererer til relasjonene mellom ulike fag (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 33). Lauvås og Lauvås (2004) påpeker at den flerfaglige modellen har en tverrfaglig samordning (s. 46). Det er altså ingen direkte kontakt mellom de ulike faggruppene når det jobbes flerfaglig, men faggruppene bidrar inn mot en felles problemstilling (s. 45). Prosjektet som jeg har samarbeidet med heter *Tverrprofesjonell samarbeidslæring*. Tverrprofesjonelt samarbeid er nyere begrep innenfor eller som en del av tverrfaglig samarbeid. I denne masteroppgaven velger jeg å benytte begrepet tverrfaglig samarbeid. Grunnen til dette er at begrepet tverrfaglig samarbeid er det som blir brukt både i offentlige dokumenter og i yrkeslivet. Min definisjon av tverrfaglig samarbeid er hentet fra boken *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, og er som følger:

«Interprofessional teamwork is a type of work which involves different health and/or social professions who share a team identity and work closely together in an integrated and interdependent manner to solve problems and deliver services.»

(Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010, s. xiv)

Altså handler tverrfaglig samarbeid i denne definisjonen om en type jobb som involverer ulike helse- og/eller sosialprofesjoner som deler en teamidentitet og jobber tett sammen, og er gjensidig avhengig av hverandre for å løse problemer og yte tjenester.

Det er nedfelt i ulike offentlige dokumenter at helsepersonell skal være i stand til å samarbeide. Med hensyn til helsepersonells arbeidsoppgaver, er det skrevet følgende i lov om helsepersonell, kapittel 2 *Krav til helsepersonellens yrkesutøvelse*, § 4 *Forsvarlighet*: «*Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell*» (Helsepersonelloven, 1999). I St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* blir det blant annet lagt vekt på at flere oppgaver skal overføres til kommunene. I tillegg er en av hensiktene at de ulike leddene i helsetjenesten skal jobbe bedre sammen (St.meld. nr. 47, 2008-2009). I NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* er det beskrevet at omsorgsmottakere i egen bolig og i sykehjem vil ha behov for en bedre medisinsk og

¹ Se Lauvås og Lauvås (2004) s. 45.

tverrfaglig oppfølging (NOU, 2011:11). I Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd* blir det påpekt et behov for at grunnutdanningene skal ha større kompetanse på tverrfaglig samarbeid (Meld. St. 13, 2011-2012). Videre skriver de også at grunnutdanningene må «stimulere til utvikling av en dobbel identitet» (s. 45). Dette handler om en «profesjonsutøver med kompetanse til å løse bestemte oppgaver» (s. 45) og en «velferdsarbeider med forståelse for helheten i velferdssystemet og evne til å bruke sin kompetanse i samspill med andre yrkesgrupper for å møte brukernes behov» (s. 45). Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* bygger på samhandlingsreformen og forutsetter et samarbeid på ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten, fra bruker og pårørende til stat og kommune. Regjeringen har følgende fokus i denne meldingen (s. 90):

- *Heve det faglige kompetansenivået i omsorgstjenestene, blant annet gjennom å øke andelen personell med høyskoleutdanning og legge til rette for intern opplæring*
- *Skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid*
- *Styrke omsorgstjenestenes eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskapsspredning*

I forrige avsnitt refereres det altså til ulike politiske dokumenter, og det er ingen tvil om at det er et økt fokus på samarbeid innenfor helsetjenesten. Dette er derfor noe som blir ansett som viktig for utdanningsinstitusjonene. Ifølge universitets- og høyskoleloven (Universitets- og høyskoleloven, 2005) § 3-2 *Grader, yrkesutdanning og titler punkt 2* heter det: «Departementet kan fastsette nasjonale rammeplaner for enkelte utdanninger.» Ergoterapeututdanning har en slik rammeplan. Den består av en felles innholdsdel for helse- og sosialfagutdanninger og en fagspesifikk del for utdanning av ergoterapeuter. I denne rammeplanen står det at et resultat av utdanningene skal være kompetanse til å «[...] kunne samarbeide tverrfaglig innen helse- og sosialsektoren» (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 3). Rammeplanens hensikt er å sørge for et nasjonalt faglig nivå, og den gir retningslinjer for blant annet organisering og arbeidsmåter (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Innenfor helsefagene er rammeplanene med på å lette myndighetenes arbeid når helsepersonell skal autoriseres.

Norsk ergoterapeutforbund (2014) skriver i sitt utdanningspolitiske dokument at praksis er relevant og en forutsetning for utdanning av ergoterapeuter. Videre har de en visjon om at praksis i utdanningen skal medvirke til at «studenter erfarer tverrfaglig samarbeid og får

innsikt i andre faggruppers kompetanser og arbeidsområder» (Norsk ergoterapeutforbund, 2014, s. 7). I den lokale fagplanen for ergoterapeututdanningen ved Universitetet i Tromsø beskrives en av kjernekompetansene for ergoterapeututdanningen i Norge. Denne kjernekompetansen er at studentene kan «[...] *resonnere profesjonelt, samhandle med klienter og deres nærpåersoner og samarbeide tverrfaglig og tverrprofesjonelt»* (UiT Institutt for helse- og omsorgsfag, 2014, s. 4). I Program for landsmøteperioden 2015–2017 blir det beskrevet at ergoterapeuter skal være selvstendige bidragsyttere i tverrfaglige team (Norsk ergoterapeutforbund, u.å.-b).

1.4 Ergoterapi

Ved å studere til bachelor i ergoterapi, gjennomfører man en profesjonsutdanning. I Norge er denne utdanningen både ved universiteter og høyskoler. Profesjonsutdanninger er studieforløp som fører frem til et spesifikt yrke eller tittel, i dette tilfellet ergoterapeut. Ifølge Molander og Terum (2008) har antallet personer som tar høyere utdanning økt siden 1970- og 1980-tallet. Denne økningen førte til at kompetansen ble mer teoretisk og isolert fra yrkesutøvelsen (A. Molander & Terum, 2008, s.15). I utdanningen av ulike profesjoner er kunnskapen som formidles teoretisk og vitenskapelig (Grimen, 2008, s. 71). Videre skriver Grimen (2008) at det også forekommer elementer av praksis. I ergoterapiutdanningen står både praksisstudier og ferdighetstrening sentralt og utgjør til sammen 75 av 180 studiepoeng, men lokale variasjoner med hensyn til fordeling av studiepoeng kan forekomme (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

1.4.1 Historisk om ergoterapifaget

På begynnelsen av 1900-tallet begynte ulike yrkesgrupper å samle seg for å jobbe sammen. De gjenopptok prinsipper fra moralsk behandling i pleie av syke og handikappede mennesker (Kielhofner, 2010). Moralsk behandling hadde som utgangspunkt at pasienten hadde en viss grad av selvkontroll og at det ikke ville være mulig å oppnå fremskritt uten at pasienten selv deltok (Kielhofner, 2010). Dette oppsto som en motreaksjon til den biomedisinske tenkningen som var i fokus på den tiden, og det har blitt betegnet som aktivitetsparadigmet innenfor ergoterapifaget. Mennesket ble sett på som en aktiv skapning og aktivitet som forskjellige måter å eksistere, tenke og handle på (Kielhofner, 2010). Det ble vektlagt å se pasientene i deres egne omgivelser og å få deres egne erfaringer (Ness, 2006). Det var altså et fokus på

aktiviteten sin rolle i menneskenes liv og aktivitet som terapeutisk virkemiddel (Kielhofner, 2010).

Det mekanistiske paradigmet innenfor ergoterapi skred frem etter press fra legevitenskapen om å danne et nytt teoretisk grunnlag for faget (Kielhofner, 2010), og i slutten av 1950-årene hadde synet til ergoterapeuter endret seg. Nå handlet praksisen om å forstå forholdene bak funksjonsnedsettelsene og å behandle disse. Det var pasientenes indre og de mekanismer som var skadet og trengte reparasjon som var i fokus (Kielhofner, 2010). Dette paradigmet ga en dypere forståelse for kroppens strukturer og prestasjoner som fremmer og hemmer funksjonen (Kielhofner, 2010).

På 1960- og 1970-tallet var det igjen klart for et paradigmeskifte. Det ble nå fokus på å inkludere aktiviteten inn i fagutøvelsen igjen, men viktige elementer fra det mekanistiske paradigmet skulle bevares (Kielhofner, 2010). Dette er det paradigmet som danner grunnlaget for slik vi kjenner ergoterapifaget i dag.

1.4.2 Profesjonen ergoterapi

På 1940-tallet kom de første utdannede arbeidsterapeutene til Norge. Dette var nordmenn som hadde gjennomført sin utdanning i blant annet Skottland, England og Danmark (Raastad & Ergoterapeutenes seniorforum, 2013). De fikk jobbe med pasienter som var rammet av polio og tuberkulose, ved arbeidsstuer på psykiatrisk sykehus og med opptrening av krigsskadde. I Norge startet utdanningen av arbeidsterapeuter som en tilleggsutdanning i 1952. Dette varte bare frem til 1956 – da ble arbeidsterapi en egen grunnutdanning og eget fagfelt her til lands (Raastad & Ergoterapeutenes seniorforum, 2013). I 1975 ble yrkestittelen endret fra arbeidsterapeut til ergoterapeut og beskyttet i lov om godkjenning av helsepersonell (Norsk ergoterapeutforbund, u.å.-a).

Den profesjonelle yrkesutøvelsen kan ses på som en måte å gi resten av befolkningen vitenskapelig kunnskap (Grimen, 2008), altså gjennom at profesjonsutøvelsen har vitenskapelig kunnskap i bunnen. Hver profesjon har en kunnskapsbase – innenfor ergoterapifaget kan denne sies å være heterogen. Dette innebærer at faget er sammensatt av ulike vitenskapelige disipliner eller kunnskapsområder (Grimen, 2008). Ergoterapeututdanningen består av følgende fire hovedemner: 1) ergoterapi – fundament og utvikling, 2) ergoterapi –

yrkesutøvelse, 3) naturvitenskapelige og medisinske emner og 4) samfunnsvitenskapelige og humanistiske emner (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Det at ergoterapifaget har en mangfoldig kunnskapsbase, er blant annet fordi utdanningen kvalifiserer til å utføre helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende, habiliterende og vedlikeholdende arbeid, samt yrkesutøvere som skal kunne arbeide etisk fundert og brukersentrert (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5). Dette er arbeidsområder og arbeidsmetoder som krever forskjellig kunnskap som ergoterapistudentene erverver gjennom studieløpet til å bli ergoterapeut. De ulike profesjonene eksisterer ikke for sin egen del, men har en hensikt utenfor selve faget (Grimen, 2008, s. 72). I ergoterapi er hensikten utenfor selve faget å fremme helse gjennom aktivitet. Altså består utdanningen av ulike elementer for å oppnå dette.

Ergoterapifaget kan være vanskelig å definere, og det er nesten like mange definisjoner på ergoterapi som det er ergoterapeuter (Molineux, 2010, s. 17-18). Videre skriver Molineux (2010) at det ikke er noe vidt akseptert definisjon på ergoterapi. Debatten rundt en vidt akseptert definisjon vil jeg ikke ta opp videre her, men jeg tenker at det er nyttig å vite at faget er så omfattende at slike uttalelser kan være aktuelle.

Verdens ergoterapiforbund (World Federation of Occupational Therapists) har skrevet en redegjørelse om ergoterapifaget på engelsk. Hovedprinsippene i denne redegjørelsen har jeg oversatt til norske ergoterapitermer:

«Ergoterapi er en brukersentrert profesjon som fremmer helse gjennom aktivitet. Det handler om å muliggjøre menneskers deltagelse i hverdagslivet. Ergoterapeuter jobber med mennesker og samfunn for å fremme mulighet til aktiviteter som enten vil, må eller er forventet utført. Ergoterapeuter kan tilrettelegge aktivitet eller omgivelser for å støtte deltagelse. Ergoterapeuter jobber både individrettet og i gruppe, og med alle typer mennesker. Ergoterapipraksis fokuserer på å muliggjøre individet til å forandre aspekt ved person, aktivitet eller omgivelser, eller en kombinasjon av disse. Dette handler om at ergoterapeuter tror at deltagelse kan bli fremmet eller hemmet av fysiske, affektive eller kognitive evner ved individet, aktiviteten eller omgivelsene. Og i all ergoterapipraksis er brukerne aktivt deltagende.»

(World Federation of Occupational Therapists, 2010)

Denne definisjonen hjelper oss til å forstå at det er et mangfold innenfor ergoterapifaget og synliggjør ulike arbeidsmetoder og fremgangsmåter som ergoterapeuter vektlegger i sin yrkesutøvelse.

1.5 Problemstilling

Hensikten med denne masteroppgaven er å finne ut hva ergoterapistudenter som har deltatt i tverrfaglige studentteam beskriver som egen yrkesutøvelse. På bakgrunn av det som er presentert tidligere i dette kapitlet, både knyttet til egne erfaringer, muligheten til å samarbeide med et prosjekt og annen relevant litteratur, har jeg utformet følgende problemstilling:

Hva er yrkesutøvelse for ergoterapistudentene?

1.6 Masteroppgavens disposisjon

Kapittel 1 handler om egen bakgrunn for valg av tema, aktualisering av tematikken gjennom helsepolitiske føringer, ergoterapifaget og presentasjon av problemstillingen.

I kapittel 2 presenteres teori om kunnskapsbasert praksis, situert læring og tverrfaglig studentteam, som jeg vil drøfte dataene opp mot i kapittel 5.

I kapittel 3 presenteres metodene som har blitt benyttet, både med hensyn til datainnsamling og analyse av data. Metodiske utfordringer blir også presentert her.

Kapittel 4 gir en deskriptiv presentasjon av dataene.

I kapittel 5 benyttes teori fra kapittel 2 for å forstå og diskutere dataene som ble presentert i kapittel 4.

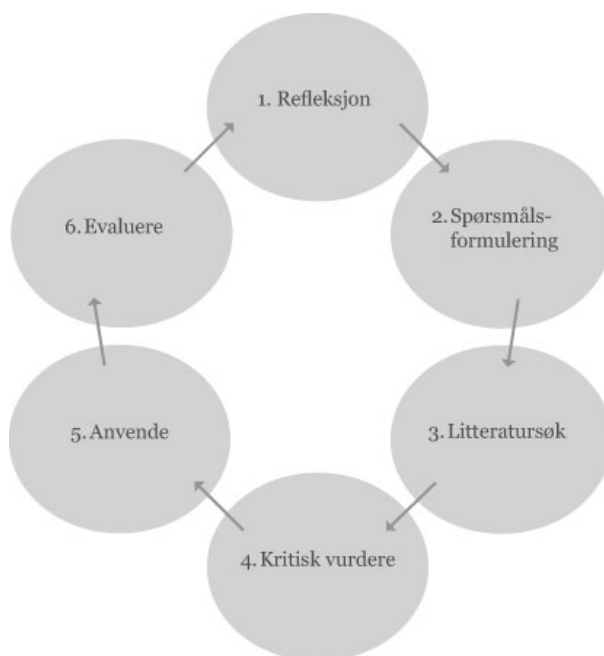
Kapittel 6 er avslutningen i denne masteroppgaven, og inneholder refleksjoner med hensyn til betydninger denne masteroppgaven kan ha samt implikasjoner for videre forskning.

2 TEORETISK UTGANGSPUNKT

I dette kapitlet vil jeg presenterte kunnskapsbasert praksis, situert læring og tverrfaglig studentteam. Det som blir presentert her vil bli brukt for å drøfte dataene i *kapittel 5 Diskusjon*.

2.1 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er et kjent begrep innenfor helsetjenesten. Det handler om å integrere forskningskunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap i yrkesutøvelsen (Berg, 2010; Jamtvedt & Nordtvedt, 2008; Laberg, 2009). Det handler om at yrkesutøvere skal ha kompetanse til å dele kunnskap med pasienter og at de sammen kan ta velinformerte beslutninger (Nordtvedt & Jamtvedt, 2009). Ifølge Grimen (2008) handler debattene om KBP om hva som burde være beslutningsgrunnlaget når praksis angår menneskers liv (s. 10–11). For å forstå komplekset av det å jobbe kunnskapsbasert, vil jeg i det følgende presentere trinnene for nettopp dette, for så å se nærmere på hver kunnskapsform.



Figur 2.1) Trinnene i kunnskapsbasert praksis (Mediesenteret - Høgskolen i Bergen, 2012a)

2.1.1 Trinnene i kunnskapsbasert praksis

Figur 2.1 viser trinnene i det å jobbe KBP. Dette er en slags overfladisk oppskrift på hvordan man starter, gjennomfører og evaluerer denne typen praksis. I en bok fra 2012 har en gruppe forfattere laget en utfyllende beskrivelse av denne arbeidsprosessen (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012). Trinnene kan ses som en arbeidsprosess.

Det første trinnet i denne prosessen handler om å reflektere over den gjeldende praksis eller at det har oppstått et nytt behov i den allerede etablerte praksisen. Det kan for eksempel være at en arbeidsplass skal begynne å jobbe mot en ny diagnosegruppe og trenger mer informasjon med hensyn til dette. Trinn to er spørsmålsstilling knyttet opp mot å formulere et konkret og presist spørsmål. Nordtvedt et al. (2012) beskriver at verktøyet PICO er nyttig for nettopp dette. PICO står for «pasient/problem, intervensjon, sammenlignende tiltak og resultat». Spørsmålet som skal formuleres bør altså inneholde disse punktene, og da vet vi at det vil være både konkret og presist. Det tredje trinnet i arbeidsprosessen er litteratursøk. Det handler om å søke i relevante databaser etter best tilgjengelig kunnskap i forhold til problemstillingen. Trinn fire er en videreføring av det tredje trinnet, og handler dermed om å kritisk vurdere den kunnskapen eller forskningen som det ble søkt frem til i trinn tre. Det femte trinnet går ut på å benytte kunnskapen i praksis, altså både forskningskunnskapen, erfaringskunnskapen og brukerkunnskapen. I trinn seks skal praksisen evalueres. Dette kan foregå ved å for eksempel måle det som skjer i praksis og vurdere det opp mot faglige retningslinjer ved arbeidsplassen.



Figur 2.2) Kunnskapsbasert praksis (Mediesenteret - Høgskolen i Bergen, 2012b)

Oppdelingen som figur 2.2 viser, er hvordan de ulike kunnskapsformene og konteksten står i forhold til hverandre. Denne oppdelingen er i tråd med internasjonale ergoterapimiljøer (Laberg, 2009). Jamtvedt og Nordtvedt (2008) skriver at kjernen for kunnskapsbasert praksis er å sikre at våre brukere får best mulig utfall, og for å oppnå dette bør faget også baseres på god og relevant forskningsbasert kunnskap (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008, s. 10). I dagens helsevesen stilles det oftere krav til begrunnelse fra ulike hold, f.eks. fra pasienter og pårørende som ønsker begrunnelse for at valgte tiltak har effekt (Berg, 2010). I tillegg blir det påpekt at profesjonene til en viss grad også er avhengig av tillit fra politiske myndigheter (Terum & Grimen, 2009). Hovedgrunnen til å fremme kunnskapsbasert praksis er at utfallene hos brukerne skal bli så gode som mulig (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008).

2.1.2 Forskningskunnskap

Forskningskunnskap handler om å bruke forskning som andre har gjort. Du skal altså ikke forske selv (Nordtvedt et al., 2012), men det krever at du som forsker er oppdatert eller oppdaterer deg på anvendt forskning innen det fagfeltet du arbeider. Nordtvedt et al. (2012) skriver at pålitelig forskningskunnskap er det som helsetjenesten i stor grad skal baseres på (s. 16). Men de skriver videre at på bakgrunn av at forskning i seg selv ikke er godt nok å ta avgjørelser på, må også erfaringskunnskap, brukerkunnskap og kontekst inkluderes (Nordtvedt et al., 2012).

Ergoterapi er et fag som er bygd opp siden begynnelsen av 1900-tallet. Og her må det antas at en del forskning etter hvert ligger til grunn for den yrkesutøvelsen som vi ser i dag. Ergoterapeuter jobber med mennesker, og grunnsynet i ergoterapifaget er menneskelig aktivitet (Norsk ergoterapeutforbund, 2006). Dermed kan vi si at den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen har aktivitet som fokus og den ergoterapeutiske intervensjonen har aktivitet som grunnlag. Mennesket er et aktivt vesen, og har iboende ressurser og et behov for å være i aktivitet (Molineux, 2010; Tuntland, 2006). Den alminnelig forståelsen av det en ergoterapeut gjør er å muliggjøre mennesker til å delta i aktiviteter (Wilding, 2010).

Aktivitet er et komplekst og allsidig fenomen (Molineux, 2010; Wilding, 2010). Aktivitetene kan være personlige og av nødvendig karakter. Aktiviteter som er meningsfulle for oss mennesker er med på å bidra til å gjøre oss til den personen vi er (Tuntland, 2006). Videre kan andre aktiviteter være ønsker og utløp for kreativitet hos hver enkelt person. Det er også noen

aktiviteter som kan være gitt ut fra hvilken kultur eller gruppe en person tilhører. Sentralt i ergoterapeuters forståelse av aktivitet er «*handling som oppleves meningsfull og som har en hensikt*» (Ness, 1999, s. 19). Bruk av aktivitet i ergoterapeutisk intervensjon handler ikke bare om å gjøre noe, men at de aktivitetene bidrar til glede og tilfredsstillelse (Molineux, 2010). Menneskesynet i ergoterapi er altså at mennesket har et grunnleggende behov for og rett til aktivitet og deltagelse i samfunnet (HiST Avdeling for helse- og sosialfag, 2015).

2.1.3 Erfaringskunnskap

Nordtvedt et al. (2012) hevder: «*Praksis skal alltid farges av faglig skjønn gjennom den kliniske erfaringen du har med deg, og gjennom etiske vurderinger*» (s. 16). Her snakker vi altså om erfaringskunnskap som praksiskunnskap som hver enkelt yrkesutøver tilegner seg gjennom det å praktisere et fag.

«Ergoterapeutenes hovedoppgave i samfunnet er å fremme helse og livsmestring gjennom å muliggjøre og tilrettelegge for menneskers funksjon, aktivitet og deltagelse i skole, arbeid, hjem og fritid. Sentralt står den enkeltes motivasjon og muligheter for å leve et liv på egne premisser.»

(Norsk ergoterapeutforbund, 2006, s. 3)

Sitatet ovenfor er hentet fra *Ergoterapeutenes samfunnskontrakt* og synliggjør i stor grad at hverdagslivet til enkeltpersoner står sentralt innenfor faget.

Activities of daily living eller dagliglivets aktiviteter (ADL) er et kjent begrep for alle ergoterapeuter. ADL er både en samlebetegnelse for ulike aktiviteter og et arbeidsområde. Her vil jeg beskrive samlebetegnelsen og ergoterapeuters betydning i denne sammenheng. Tuntland (2006) skriver at personlig-ADL (PADL) og instrumentell-ADL (IADL) kan sies å være en nyere inndeling av ordet ADL. PADL handler om personlige aktiviteter som toalettbesøk og påkledning. IADL er for eksempel bruk av telefon, å lage mat og vaske klær (Tuntland, 2006). Tuntland (2006) påpeker at «*det er en nær sammenheng mellom funksjonsnedsettelse og ADL-begrensning*» (s. 25). Dette er altså aktiviteter som hvert enkelt individ rangerer ulikt, og det er aktiviteter som ofte blir rammet når det oppstår en sykdom eller skade. Ergoterapeuter er gode på å hjelpe til med opptrening i slike aktiviteter og forstår meningen som disse har i livet hos en person. For å kunne jobbe med ADL, bør

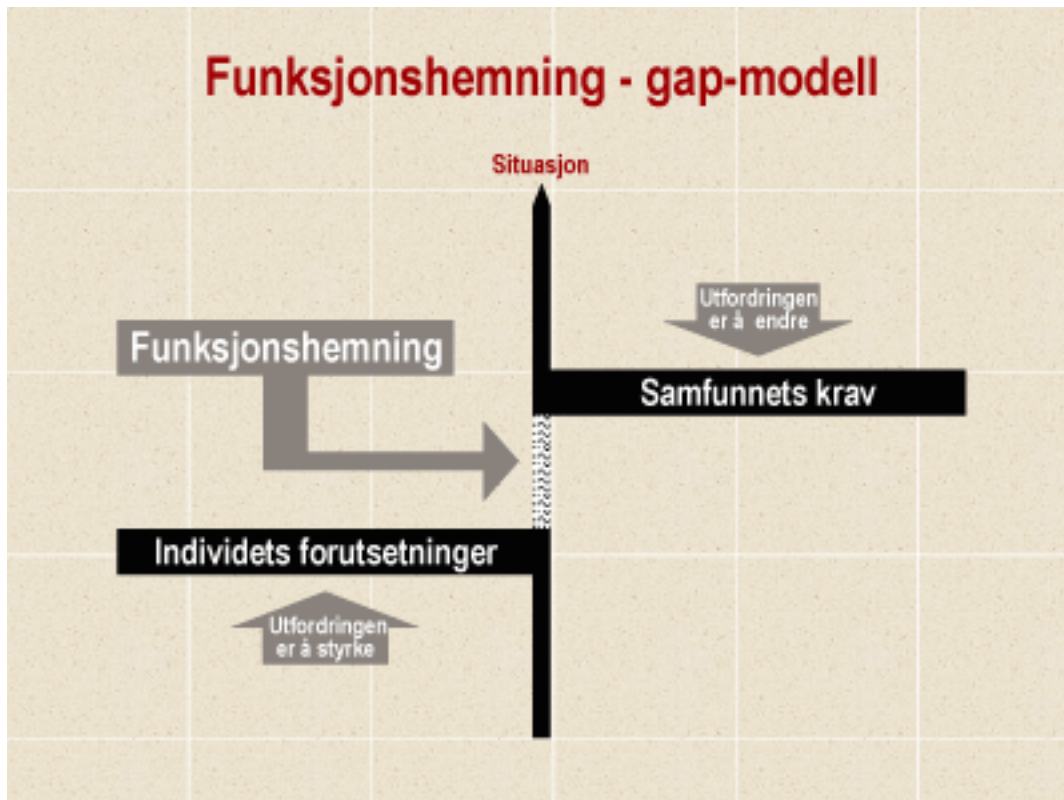
yrkesutøvelsen ha et aktivitetsperspektiv. Ergoterapeuter jobber ut fra et aktivitetsperspektiv, noe som innebærer å ha forståelse for det dynamiske og komplekse samspillet som oppstår når en person utfører aktiviteter (Tuntland, 2006). Samspillet foregår mellom person, aktivitet og omgivelser, og det er dette samspillet ergoterapifaget bygger på.

Praktisk kunnskap er kroppslig og kan utøves uten bruk av språket (Grimen, 2008). Molander (1996) skriver med den levende kunnskapen i sentrum og om kunnskap som en form for oppmerksomhet. Polanyi beskrev at «*vi vet mer enn det vi kan si*» (Polanyi & Ra, 2000, s.16). Han beskrev en underforstått relasjon mellom del og helhet i det å gjenkjenne et ansikt (Polanyi & Ra, 2000). Selv Polanyi syntes det var vanskelig å forklare dette, men det handler om at uten hjelp utenfra kan det være vanskelig å forklare noe som vi egentlig vet (Polanyi & Ra, 2000) –for eksempel ved at det blir påpekt av andre mennesker ved at vi får spørsmål om det. Innenfor yrkesfagene ble taus kunnskap et viktig uttrykk på 1980-tallet (B. Molander, 1996). I taus kunnskap er oppmerksomhet nøkkelen (B. Molander, 1996, s.35). Molander (1996) skriver at kunnskap finnes i det vi gjør og de bedømminger vi gjør i sammenheng med dette (s. 38). Videre påpeker han at sentrum for den tause kunnskapen er den levende kunnskapen som ytrer seg i det menneskelige liv (B. Molander, 1996, s. 38).

2.1.4 Bruerkunnskap

Tidligere var helsepersonell i sentrum for beslutningstaking innenfor helsetjenesten. Nå har det skjedd en demokratisering innenfor helsetjenesten, og pasienter er i langt større grad enn tidligere aktive i å ta beslutninger om egen helse (Nordtvedt et al., 2012, s. 19). Helsepersonell skal legge til rette for brukermedvirkning, fordi det skal tas hensyn til behov og ønsker som pasientene har. Dette skal hjelpe pasientene til å ta velinformerte valg (Nordtvedt et al., 2012). Det å ha fokus på personen er også i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for ergoterapeuter, der selvbestemmelse og medbestemmelse står sterkt (Norsk ergoterapeutforbund, 2006).

Gjennom livet kan en person få en sykdom eller bli utsatt for en skade. Dette kan få følger for det livet som personen tidligere har levd. Personen mestrer ikke lenger å delta i de aktiviteter som han eller hun ønsker. I ergoterapifaget omtales dette som aktivitetstap. Dette kan illustreres med Gap-modellen i figur 2.3.



Figur 2.3) Gap-modellen (St.meld. nr. 40, 2002-2003)

Når en persons forutsetninger for å delta i en aktivitet ikke er like høy som omgivelsenes krav til deltagelse, oppstår et gap. Et eksempel på dette kan være en person som har havnet i rullestol. For å nå inngangsdøren på huset til personen, er det en trapp. Det oppstår altså et fysisk gap. Personen kommer seg ikke inn og ut av eget hus uten hjelp fra andre. Men personen har et ønske om å mestre dette selv. Aktivitet kan brukes som et middel eller mål til å fremme en persons helse. Og når personen selv har et ønske om å være selvstendig i å komme inn og ut av eget hus, kan ergoterapeuten bidra til dette. Ergoterapeuten vil i dette tilfellet kunne foreslå å ordne med rullestolrampe på siden av trappen. Dermed vil personen selv kunne mestre å komme seg inn i eget hus. Målet var å mestre aktiviteten å komme seg inn og ut av eget hus, og midlet for å nå dette var rullestolrampen.

Brukermedvirkning står sentralt i ergoterapifaget, og er som nevnt tidligere blant annet nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene (Laberg, 2009). Sumsion (2010) presiserer at det finnes mange definisjoner på klientsentrert praksis. Men viktige aspekter å ta i betraktning er «*valuing the person's uniqueness and autonomy, treating them with respect and dignity, enabling them to make choices, developing trust, empowering them to set and accept responsibility for their own goals, and encouraging the development of an effective*

partnership» (Sumsion, 2010, s. 132). Det mest avgjørende elementet i denne definisjonen og brukermedvirkning for øvrig, er fellesskapet mellom bruker og ergoterapeut (Sumsion, 2010). Og det er viktig at brukerens egen kunnskap benyttes som en del av å få en felles tverrfaglig innsikt (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 61).

2.1.5 Kontekst

Konteksten i KBP er de omgivelsene som KBP skal settes ut i. Hele KBP handler om at alle kunnskapsformene skal benyttes i den konteksten som en profesjonsutøver er en del av (Nordtvedt et al., 2012). Molander (1996) tar utgangspunkt i et skille som det vestlige har delt kunnskap inn i. Det Molander (1996) beskriver som det vestlige skillet er den vitenskapsteoretiske og den praktiske kunnskapen. Det som kjennetegner den praktiske kunnskapen er at den tilhører en konkret kontekst. Denne konteksten kan for eksempel være en kartlegging som en ergoterapeut gjennomfører i hjemmet hos en bruker. Det som er essensielt i denne kunnskapsformen, er kunnskapsbæreren og brukssituasjonene (Grimen, 2008, s. 76). Praktisk kunnskap kan altså ikke ukritisk flyttes fra én kontekst til en annen uten at det kan skape problemer. Og i forhold til forskningskunnskapen kan denne føre til ulike beslutninger i ulike kontekster (Nordtvedt et al., 2012). Vektlegging av de ulike kunnskapene innenfor KBP vil variere fra situasjon til situasjon (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008).

For ergoterapeuten handler kunnskapsbasert praksis om å bruke de tre kunnskapskildene bevisst. Det som KBP handler om er altså å benytte forskningskunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap bevisst i egen yrkesutøvelse (Nordtvedt et al., 2012, side 16). Yrkesutøvelsen er det som er konteksten i dette tilfellet. Berg (2010) påpeker at kunnskapsbasert praksis både er en mulighet og en utfordring for ergoterapifaget. Videre skriver hun: «*Kunnskapsbasert praksis innebærer en kontinuerlig endring av arbeidsmetode, at man prioriterer å søke ny kunnskap og implementerer dette i eget arbeid*» (Berg, 2010, s. 38).

2.2 Situert læring

Teorien om situert læring er en sosiokulturell læringsteori. Læringsteorier innen dette feltet stammer fra 1930-tallet, men fikk en oppsving på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet. Dette fordi det fra slutten av 1980-tallet har skjedd et fokusskifte innenfor

læringsteorien (Jensen, 1999). Fokusskiftet handler om at det nå dreier seg om kontekst fremfor individ. Videre påpeker Jensen (1999) at kunnskap ikke er noe hver enkelt person har, men noe som foregår mellom mennesker.

Jean Lave har utviklet teorien om situert læring sammen med Etienne Wenger (Lave & Wenger, 2003). Lave gjorde feltstudier av skredderlæringer i Liberia på slutten av 1970-tallet, og disse feltstudiene gjentok hun da hun fikk en forståelse av at dette måtte utforskes videre (Lave & Wenger, 2003). Det som Lave hadde observert, gjorde at hun ønsket et fokus vekk fra at læring kun skjer gjennom undervisning i skolen. Hun ønsket et fokus på at læring også kan foregå i andre kontekster. Lave og Wenger ga ut boken *Situated Learning, legitimate peripheral participation* i 1991. William Hanks, som skrev forordet i boken, påpeker at det er forholdet mellom læring og de sosiale situasjonene det handler om (Hanks, 2003).

Det er omgivelsene som er utgangspunktet for situert læring. Det handler om at læring foregår i en gitt kontekst, kultur eller aktivitet (Lave & Wenger, 2003). Boken til Lave og Wenger tar utgangspunkt i skredderlæringene i Liberia. Lærlingene kommer rett ut i praksis uten å ha gjennomført noen skolegang i tilknytning til dette yrket. Forfatterne mener at læringen foregår i et sosialt fellesskap hvor samarbeid anses som et viktig element (Lave & Wenger, 2003). Det betyr at læring foregår i den konteksten som en aktivitet er ment å skulle bli gjennomført.

Når en lærling kommer ut i praksis, entrer han inn i et sosialt fellesskap. Dette fellesskapet blir av Lave og Wenger beskrevet som *Communities of Practice* (heretter *praksisfellesskaper*). Praksisfellesskaper er altså grupper som yrkeslivet består av. Lærlingen starter i dette praksisfellesskapet som en utenforstående deltager. Den prosessen som han gjennomgår for å bli en del av praksisfellesskapet blir betegnet som *legitimate peripheral participation* (heretter *legitim perifer deltagelse*).

Proessen for å bli en fullverdig deltager i et praksisfellesskap er dynamisk (Lave & Wenger, 2003). Det som skjer i denne prosessen er at lærlingen beveger seg fra utenforstående i praksisfellesskapet og inn mot sentrum. Denne tenkte sirkelen illustrerer grad av deltagelse inn i praksisfellesskapet. Når lærlingen har nådd midten, er han blitt en fullverdig deltager av fellesskapet. Dette er en prosess som skjer gradvis ved at lærlingen tilegner seg mer kunnskap om den praksisen som han skal bli en del av (Lave & Wenger, 2003). Lærlingen går altså

gjennom en sosialiseringsprosess hvor det skal læres kompetanser og regler for yrket som skal utføres.

Situert læring blir sett på som en ikke-reflekterende innlæring (Nilsen & Kvale, 1999). Dette skriver de om Jens Rasmussens bidrag i deres bok *Mesterlære*. Situert læring blir altså bare sett på som en sosialisering inn i praksisfellesskapet. Sosialisering er den prosess som vi går gjennom for å bli et sosialt individ og tre inn i en rolle (Lauvås & Lauvås, 2004). Lauvås og Lauvås (2004) beskriver videre at man ved en sosialiseringsprosess må snakke om grad av deltagelse. Legitim perifer deltagelse kan altså sies å omfatte prosessen fra et individ entrer inn i et praksisfellesskap til det har blitt en fullverdig deltager. Og innen de ulike fagene foregår en sosialiseringsprosess som er en videreføring av den teoretiske og praktiske kunnskap som er innlært ved utdanningene. Eksempler på slik kunnskap er normer og verdier som faget har utviklet over lang tid (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 39).

2.3 Tverrfaglig studentteam

Presentasjonen i *kapittel 1.3 Aktualisering* viste at det stilles forventninger om tverrfaglig samarbeid fra politisk ståsted. Lauvås og Lauvås (2004) skriver at samarbeid blant annet handler om effektiv ressursutnyttning, og hvis sektorer arbeider hver for seg vil det være vanskelig å oppnå overordnede mål (s. 18). Når et samarbeid ikke fungerer, er det brukerne og de pårørende som blir skadelidende (Lauvås & Lauvås, 2004). Samarbeidet skal altså komme bruker og pårørende til gode.

Tverrfaglig utdanning handler om at læring sammen forsterker fremtidig jobbing sammen og bygger på teorier fra pedagogikk, sosiologi og psykologi (Thistlethwaite, 2012). Hall (2005) skriver at helsefagstudenter trenger muligheter for å tilbringe tid sammen for å lære å jobbe sammen. Læringen må være interaktiv, så det ikke nok å sette ulike profesjoner til å jobbe sammen i en kontekst. Fundamentet er at de skal lære av, om og med hverandres profesjoner (Thistlethwaite, 2012). Det finnes seks kompetanser for et effektivt teamarbeid (Norsen, 1995, i Hall, 2005, s. 193):

- Samarbeid ved å respektere andres synspunkt
- Selvsikkerhet gjennom å sikre eget synspunkt med sikkerhet
- Motta og dele ansvar
- Effektiv deling av viktig informasjon gjennom god kommunikasjon

- Evne til å jobbe selvstendig
- Effektiv samordning av ulike oppgaver

Det har tidligere blitt gjennomført fokusgruppeintervjuer av studenter som deltok i tverrfaglig studentteam (Kristensen, Flo, & Fagerström, 2014). Funnene deres viste at ergoterapi var det faget de andre faggruppene visste minst om, og at studentene anga at det var lettere å vite hvem man burde henvise til i ulike situasjoner etter å ha deltatt i praksisen. Studien påpeker også at studentene har fått større forståelse for andres fag og at de lærte å kommunisere med de andre faggruppene (Kristensen et al., 2014). En kvalitativ fremgangsmåte ble benyttet for å undersøke studenters erfaringer etter tverrfaglig praksis (F. Jacobsen, Fink, Marcussen, Larsen, & Hansen, 2009). Funnene viste at studentene lærte tverrfaglig samarbeid samtidig som de lærte om de andre profesjonene. Studentene fikk altså en bedre forståelse for og fikk styrket egen profesjonsrolle, i tillegg til at de lærte å jobbe pasientrettet sammen med andre profesjoner (F. Jacobsen et al., 2009).

I en studie av en tverrfaglig treningsavdeling ved et sykehus var hensikten å se på studentefaringer ved læring i slike avdelinger (Falk, Hult, Hammar, Hopwood, & Dahlgren, 2013). Et av funnene blant ergo- og fysioterapistudentene her var at siden det hendte at det var bare en fra disse profesjonene til stede i avdelingen, ble de tvunget til å tro på egen profesjonskunnskap, i motsetning til medisin- og sykepleiestudenter som gjerne hadde andre studenter å drøfte ulike problemstillinger med (Falk et al., 2013). I en annen artikkel beskriver Ruebling et al. (2014) en sammenligningsstudie av holdninger og oppfatning som studentene hadde til samarbeidslæring i en tverrfaglig kontekst. Funnene viste at studentene var mer positive til å lære sammen etter å ha deltatt på undervisning om tverrfaglig utdanning, men studiet viste også at studentenes holdninger i utgangspunktet var positive (Ruebling et al., 2014).

Hylin et al. (2007) gjennomførte en oppfølgingsstudie med spørreskjema samt mulighet for å fylle inn egne kommentarer med 348 respondenter som hadde deltatt i tverrfaglig studentteam to år tidligere. Resultatene deres viste at studentene hadde fått økt forståelse av de ulike profesjonene så vel som egen profesjon på bakgrunn av teamarbeidet (Hylin, Nyholm, Mattiasson, & Ponzer, 2007). De viste også at ergoterapistudentene hadde opplevd at de andre profesjonene ikke visste hva en ergoterapeut gjør. Jacobsen og Lindqvist (2009) utførte også en spørreundersøkelse, der studentene skulle rangere hverandre før og etter praksis. Denne

rangeringen tok blant annet for seg dimensjonen av hvor omsorgsfull de andre samt egen profesjon var. Resultatene viste at studentene verdsatte hverandre som mer omsorgsfulle etter praksis. Og de konkluderer med at en toudkers praksis med ekte pasienter kan hjelpe studenter til å utvikle mer positive holdninger mot andre helseprofesjoner (F. Jacobsen & Lindqvist, 2009). I en studie som hadde 841 respondenter ble spørreskjema fylt ut etter tverrfaglig praksis (Pelling, Kalen, Hammar, & Wahlström, 2011). Resultatene var at alle studentene syntes deres innsikt om andre studenters profesjoner i stor grad var styrket, samt at de også hadde høyere grad av innsikt i egen profesjonsrolle (Pelling et al., 2011).

3 METODE

For å svare på problemstillingen «*Hva er yrkesutøvelse for ergoterapistudentene?*», har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Kvalitative metoder gir oss mulighet til å fordype oss i sosiale fenomener (Thagaard, 2009). I denne masteroppgaven har jeg valgt å benytte både intervju og observasjon ved innsamling av data. Datamaterialet ble samlet inn fra syv informanter.

«Intervjusamtaler er et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer over sin situasjon. Observasjoner i felten gir innblikk i hvordan personer forholder seg til hverandre.»

(Thagaard, 2009, s. 12)

Det kvalitative forskningsintervjuet har som mål å få frem menneskers erfaringer og opplevelser (Thagaard, 2009). De kvalitative intervjuene i mitt datamateriale er syv individuelle intervjuer og et gruppeintervju, og i tillegg har jeg gjennomført tre åpne ikke-deltagende observasjoner. Deltagende observasjon fremskaffer kunnskap om menneskers virkelighet (Kvale & Brinkmann, 2012). Den analytiske tilnærmingen jeg har brukt er inspirert av Lundman og Graneheim sin kvalitative innholdsanalyse (Lundman & Graneheim, 2008).

Videre i dette metodekapitlet vil jeg ta for meg gjennomføring av datainnsamling, metodiske utfordringer og gjennomføring av analyse.

3.1 Gjennomføring av datainnsamling

3.1.1 Utvalg

Jeg har valgt et strategisk utvalg fordi det vil belyse problemstillingen på en best mulig måte. Strategisk utvalg innebærer å velge de informantene som har egenskaper eller kvalifikasjoner for å kunne svare på problemstillingen (Fangen, 2010). I dette tilfellet var disse informantene ergoterapistudenter som har deltatt i tverrfaglige studentteam gjennom prosjektet *Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis*. Deltagelse i dette prosjektet var frivillig, og studentene ble rekruttert ved at det ble gitt informasjon i klasserommet. Sammen

med universitetslektor ved ergoterapeututdanningen og prosjektleder var jeg med på å rekruttere studenter til andre praksisperiode. Min rolle ved rekrutteringen var å dele egne erfaringer fra tverrfaglig studentteam, som jeg beskrev i *kapittel 1.1 Bakgrunn for valg av tema*. De som ønsket å delta, signerte *Forespørsel om deltagelse i aksjonsforskningsprosjekt*, som var samtykkeskjemaet for å delta i prosjektet (se vedlegg 2). Til slutt ble det syv studenter som ble inkludert som informanter i denne masteroppgaven.

Videre i masteroppgaven vil jeg i hovedsak omtale informantene som studenter og ergoterapistudenter.

Gjennom datainnsamlingen ble jeg kjent med noen av studentenes tidligere praksisplasser under ergoterapeututdanningen. Det ble ikke stilt konkrete spørsmål rettet mot dette, men det kom frem gjennom eksempler studentene hadde. Det kom også frem at flere av studentene hadde jobbet som pleiemedarbeidere og lignende fra tidligere. Jeg fikk kjennskap til at de hadde praksiserfaringer fra kommunehelsetjenesten, kommunal rehabiliteringsinstitusjon, rus- og psykiatritjenesten, spesialisthelsetjenesten og utvekslingsopphold utenfor Norge. Studentenes beskrivelser bygger altså både på erfaringer de selv hadde tilegnet seg gjennom praksis i studieløpet samt erfaringer fra det tverrfaglige studentteamet.

3.1.2 Datamaterialet

Hver student deltok i en praksisperiode som varte i to uker. Slike praksisperioder ble gjennomført i tre omganger med ulike studentteam hver runde. Studentteamet besto av tredje års ergoterapistudent, fysioterapistudent og sykepleiestudent, samt femte års medisinstudent. Praksisperiodene foregikk på tre avdelinger ute i distriktet. Disse var knyttet til enten kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Alle studentene ble intervjuet før og etter praksisperioden.

Datamaterialet mitt vokste underveis i arbeidsprosessen. Jeg sikter da til at det ble større enn det som i utgangspunktet var planlagt. Jeg skulle i utgangspunktet ha fem studenter, men det økte til syv. Dette fordi jeg fikk mulighet til å gjennomføre feltarbeid med observasjon av studentene da de hadde tverrfaglige studentmøter under praksisperioden. Jeg har altså kombinert innsamlingsmetodene intervju og observasjon. Grunnen til at jeg ville kombinere de to metodene, var at jeg ønsket å se om det som kom frem av intervjuene også var like

tydelig i praksis, samt om det eventuelt var noe annet som var fremtredende i denne sammenheng. Nedenfor er en oversikt over hvilke data jeg har hentet ut i de tre praksisperiodene.

Første praksisperiode

Den første praksisperioden ble gjennomført våren 2014. Dette var før jeg ble en del av prosjektgruppen. Det var to ergoterapistudenter som deltok i praksis. Disse ble intervjuet før og etter praksis. Jeg fikk tilgang til både lydopptak og transkriberingen av disse intervjuene.

Andre praksisperiode

I andre praksisperiode var det tre ergoterapistudenter som deltok. Jeg intervjuet to av disse før praksis og transkriberte intervjuene. En annen prosjektdeltager intervjuet den tredje studenten. Intervjuet etter praksis ble gjennomført som et gruppeintervju. Det var jeg og en annen prosjektdeltager som gjennomførte dette intervjuet sammen. Gruppeintervjuet ble transkribert av en tredje person.

Tredje praksisperiode

I den tredje praksisperioden gjorde jeg feltarbeid i form av observasjon. Jeg observerte to ergoterapistudenter ved tre anledninger.

Tabell 3.1) Oversikt over datamaterialet

	Hentet inn av meg	Hentet inn av annen deltager	Totalt antall
Individuelle intervju	2	5	7
Gruppeintervju	1 ²		1
Observasjon	3		3

3.1.3 Forberedelse til intervju

I forberedelsene til å gjøre egne intervjuer fikk jeg tilgang til intervjuguiden som prosjektet hadde utformet. Jeg benyttet problemstillingen min og utformet en lytteguide til gjennomgang

² Sammen med annen prosjektdeltager.

av det allerede innsamlede datamaterialet. Lytteguiden var en oversikt over tema og stikkord som jeg tenkte intervjuene måtte inneholde for å kunne svare på problemstillingen. Eksempler fra lytteguiden:

- Hva er fagkompetanse for ergoterapistudentene? Rolle som ergoterapeut, kjernekompetanser, tilhørighet, fagutvikling.
- Hva er tverrfaglighet for ergoterapistudentene? Hva er ergoterapistudentenes rolle i studentteamet? Hvordan oppleves det å samarbeide med andre faggrupper?
- Hvordan får ergoterapistudentene brukt sin fagkompetanse i det tverrfaglige studentteamet? Hvordan opplever studentene det å være en del av et team? Blir ergoterapistudentene hørt av de andre i studentteamet?

Grunnen til at jeg utformet lytteguiden var å finne ut om intervjuguiden ga svar på min problemstilling samt å holde tråden i gjennomgangen av det allerede innsamlede datamaterialet. Fra prosjektleder fikk jeg tilgang til både lydfil og transkribering av intervjuene fra første praksisperiode. Jeg begynte å gjennomgå disse ved hjelp av lytteguiden jeg hadde utformet. Jeg plukket ut relevante sitater og skrev hva jeg tenkte at disse handlet om, for å forberede meg til intervjuene jeg selv skulle gjennomføre og for å formulere relevante oppfølgingsspørsmål. Oppfølgingsspørsmål og kommentarer handlet om hvordan det var å være en del av et studentteam, hvordan det var å samarbeide med andre faggrupper, om de kunne utdype og hva de hadde lært. Jeg var opptatt av å få tak i eksempler som studentene hadde og spørre dem videre om disse. Lytteguiden viste seg å være til god hjelp både når det gjaldt å finne ut om det innsamlede materialet svarte på problemstillingen samt å holde tråden rettet mot min problemstilling. Dette var en nyttig forberedelsesperiode fordi jeg fikk en pekepinn på hvordan studentene svarte under intervjuene.

3.1.4 Individuelle intervju

Jeg gjennomførte to individuelle intervju. Disse var før studentene skulle ut i praksis. Utgangspunktet for intervjuene var en kvalitativ intervjuguide som i hovedsak handlet om tidligere erfaringer studentene hadde med samarbeid (se vedlegg 3). Intervjuguiden var utarbeidet av prosjektet, og jeg vil gjøre videre rede for mine tanker rundt dette i *kapittel 3.2.1 Samarbeid med et prosjekt*. Intervjuguiden var semistrukturert – den hadde altså åpne spørsmål med mulighet for å følge opp med andre oppfølgingsspørsmål underveis.

Kvale og Brinkmann (2012) skriver at det kvalitative intervjuet innebærer en asymmetrisk maktrelasjon (s. 52). Dette fordi det er intervjueren som legger føringene med hensyn til tema, stiller spørsmål og velger hva som skal vektlegges underveis. Jeg valgte å gjennomføre de to individuelle intervjuene på grupperom ved universitetet. Dette var en kjent arena for både ergoterapistudentene og meg. Jeg tenkte at dette ville gjøre at studentene følte seg tryggere, noe jeg også fikk en oppfatning av at de gjorde. Jeg benyttet diktafon under intervjuene. Dette kan være forstyrrende med hensyn til sensitive temaer, fordi informantene kan være redde for å åpne seg når de vet at det blir gjort opptak av det de sier. Siden temaene i intervjuguiden og denne masteroppgaven i utgangspunktet ikke er sensitive, valgte jeg å benytte diktafon. Dette fordi det samtidig skaper en pålitelighet for at studentene vil bli gjengitt riktig og er dermed med på å styrke påliteligheten i denne masteroppgaven.

Underveis i intervjuene benyttet jeg mye bekreftende tilbakemelding. Thagaard (2009) skriver om oppmuntrende tilbakemelding at informantene får en tilbakemelding om at det som blir sagt er interessant. Jeg transkriberte dette som «*Mhm*» i teksten. Videre benyttet jeg meg av oppfølgings spørsmål som «*har du noen eksempler ...*», «*i forhold til ...*», «*er det noe spesifikt ...*». Her inviteres informanten til å utdype temaet som blir omtalt (Thagaard, 2009). Jeg brukte ord fra deres svar for å få frem enda mer fra historiene de fortalte. Det var også et par anledninger hvor jeg konkretiserte overfor studentene at jeg ikke hadde noe fasitsvar på spørsmålet, men at jeg var ute etter deres mening. Jeg brukte også det Thagaard (2009) beskriver som fortolkende spørsmål – altså «*forstår jeg deg rett hvis du tenker at ...*» – der jeg følte at jeg trengte en bekreftelse på den oppfattelsen jeg satt igjen med etter at studentene hadde presentert sitt svar.

3.1.5 Gruppeintervju

I fokusgruppeintervju blir det lagt vekt på at deltagerne er ukjente for hverandre og at det gjerne er 6–10 deltagerne per intervju (Malterud, 2012). I denne sammenhengen hadde ikke dette noe hensikt, men det var andre elementer fra fokusgruppemetoden som ble vektlagt. Grunnen til at det ble gjennomført gruppeintervju, var for å se om det fremkom noe annet i forhold til de individuelle intervjuene nettopp på grunn av gruppedynamikken.

Gruppeintervjuet ble gjennomført etter praksis, og det var tre informanter som deltok. Intervjuguiden som ble benyttet var den samme som i de individuelle intervjuene, men det ble

gjort en vinkling mot at spørsmålene handlet om praksisen som studentene hadde deltatt i. Jeg gjennomførte dette intervjuet sammen med en annen fra prosjektgruppen.

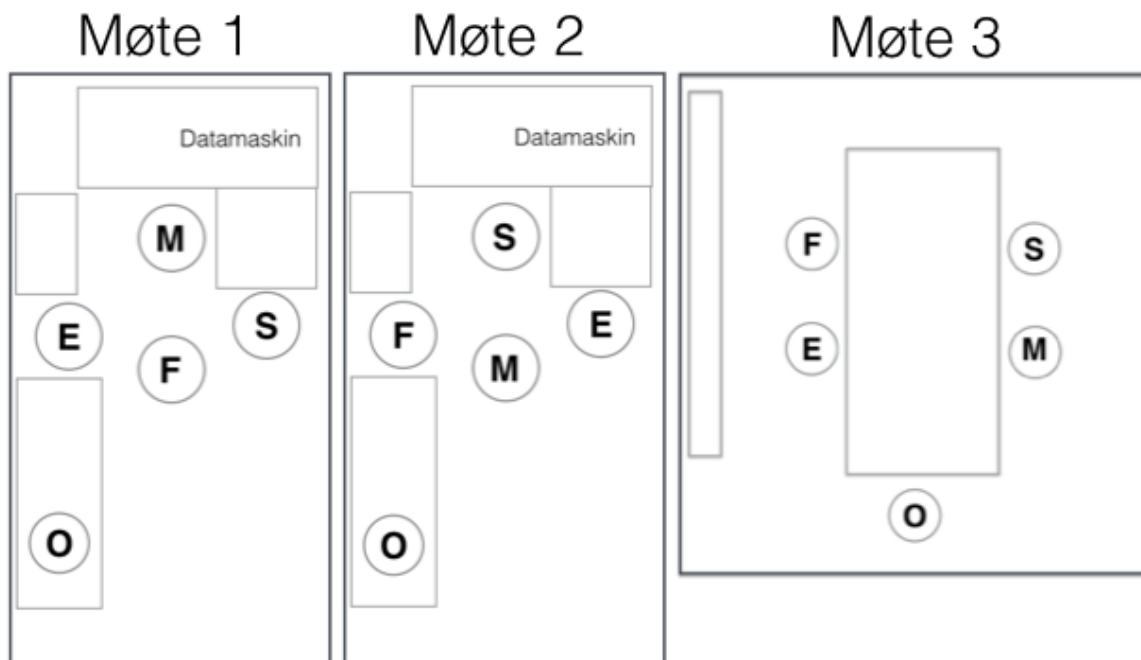
Konteksten for intervjuet var på et klasserom ved universitetet. Studentene satt på den ene siden av bordet og vi som intervjuet satt på den andre. Det lå en diktafon på bordet mellom oss. Prosjektdeltageren som jeg gjennomførte intervjuet sammen med var en av lærerne til studentene. I starten av intervjuet syntes jeg at intervjuet bar preg av elev–lærer-situasjon, for når læreren stilte spørsmål, svarte en og en student etter tur til læreren. Et av de interessante aspektene ved fokusgruppeintervju er at informantene skal spille på hverandre og at intervjuer – ofte kalt ordstyrer i fokusgruppeintervju – bare leder det hele fra tema til tema (Malterud, 2012). Etter hvert i intervjuet ble det mer dynamikk mellom studentene. De bygget på hverandres erfaringer, og sa for eksempel at de hadde opplevd det samme eller det stikk motsatte. Dette ga rike beskrivelser av ulike situasjoner.

3.1.6 Observasjon

Før jeg skulle gjennomføre feltarbeidet med observasjon, hadde jeg allerede analysert frem hovedtrekkene i intervjuene. En av tankene før observasjonene var at de skulle være et supplement til de dataene som allerede var analysert. Grunnen til dette var at observasjonene ble gjennomført sent i datainnsamlingsprosessen. Men det var samtidig viktig at jeg også var åpen for at det kunne dukke opp nye elementer under observasjonene. Jeg utformet en observasjonsguide med tema og spørsmål med tanke på hva jeg mente var interessant å observere (se vedlegg 4). Det jeg hadde som utgangspunkt, var all kommunikasjon til og fra ergoterapistudenten under det tverrfaglige studentmøtet. Fangen (2010) skriver at det er «sjelden noen fordel med observasjonsskjemaer som skal fylles ut» (s. 93). I mitt tilfelle benyttet jeg observasjonsguide, men det handlet mer om tanker som jeg hadde gjort meg opp på forhånd og notater å fylle ut direkte etter observasjonene.

Jeg gjennomførte tre åpne ikke-deltagende observasjoner. Varigheten på observasjonene var fra 20 minutter til halvannen time. Dette var noe studentene ordnet med selv, og jeg var bare til stede. Observasjonene var åpne i den betydning at jeg som observerte var åpen overfor studentene om at jeg var der for å observere dem. Ikke-deltagende innebærer at jeg skulle være til stede, men ikke si noe eller delta på annen måte. Observasjonene fant sted på studentenes praksisplasser mens studentteamet gjennomførte egne tverrfaglige møter uten

veileder. Jeg observerte to ulike studentteam som til sammen gjennomførte tre tverrfaglige møter. Figur 3.1 viser min plassering under observasjonene.



Figur 3.1) Plassering under observasjonene (E=ergoterapistudent, F=fysioterapistudent, S=sykepleiestudent, M=medisinerstudent, O=Observatør)

Min plassering under møte 1 og møte 2 var i bakgrunnen av studentene fordi de hadde samlet seg som i en ring. Under møte 3 opplevde jeg også at jeg satt i bakgrunnen fordi studentene hadde inntatt plassene før jeg satte meg. Selv om jeg hadde en plassering som tilsa lederposisjon, fikk jeg verken den følelsen eller opplevelsen fra studentene. Plasseringen jeg hadde under møtene var viktig, fordi jeg ikke skulle ta noen form for plass i forhold til studentene – jeg skulle bare være til stede. Dette var noe jeg syntes fungerte under alle de tre observasjonene.

Før møtene startet fikk jeg legge en diktafon på bordet mellom studentene. Jeg valgte å bruke diktafon slik at jeg kunne konsentrere meg om å observere samspillet til og fra ergoterapistudenten i hvert enkelt møte. På den måten trengte jeg ikke å bruke så mye tid på å skrive notater om hva de pratet om underveis. I den grad jeg tok notater, var disse knyttet til det jeg observerte og som ikke ble sagt muntlig. Jeg opplevde ikke at studentene lot seg forstyrre av at jeg var til stede i rommet sammen med dem. Grunnen til dette tror jeg er at studentene hadde blitt vant til at det var noen der sammen med dem, siden dette var uke to av

praksisen og andre fra prosjektgruppen hadde observert møter de hadde hatt tidligere samt at veileder noen ganger var til stede under møtene som studentene hadde.

3.2 Metodiske utfordringer

3.2.1 Samarbeid med et prosjekt

Det å skrive masteroppgave som en del av et større prosjekt, kan ha både fordeler og ulemper. Jeg vil her gjøre rede for mine tanker angående dette.

Jeg har vært deltager i prosjektgruppen til *Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis*. For meg har samarbeidet med dette prosjektet vært en stor del av konteksten til gjennomføringen av denne masteroppgaven. I dette er det også viktig å nevne at min biveileder er prosjektleder i dette prosjektet. I starten fikk jeg en del tips til forfattere, rapporter og forskningsartikler innenfor temaet. Disse tok jeg med videre da jeg søkte etter litteratur. Det jeg tenkte var viktig å være oppmerksom på, var at prosjektet kunne prøve å styre meg inn mot det de ønsket at jeg skulle finne. Dette er ikke noe jeg synes har vært tilfelle her, men det kan allikevel skje ubevisst. Jeg benyttet derfor egne litteratursøk i tillegg til det jeg fikk tips om.

Jeg sto fritt i utforming av problemstillingen. Men på grunn av min fagbakgrunn ble det naturlig at jeg hadde fokus på kun ergoterapistudentene i prosjektet, og det var noe jeg selv ønsket. Det jeg ser kan være en ulempe med å delta i et større prosjekt, er at jeg ikke har søkt NSD selv. Men jeg måtte allikevel følge opp lovnadene til NSD, og jeg fikk delta i å rekruttere slik at jeg har vært med på å prøve dette. Datamaterialet jeg samlet inn ble oversendt til prosjektleder, som var ansvarlig for denne oppbevaringen, og det ble en del av prosjektets databank.

Det at datamaterialet er produsert på bakgrunn av et annet formål enn min masteroppgave, har vært en utfordring som jeg har visst om fra starten av. For at datamaterialet skulle passe inn i prosjektets hensikt, måtte jeg bruke deres intervjuguide. Prosjektgruppen hadde brukt intervjuguiden i en praksisperiode før jeg ble deltager. Og på et møte i prosjektgruppen ble intervjuguiden evaluert, og de bestemte seg for å ikke gjøre endringer i denne. Selv brukte jeg en del tid på å sette meg inn i og forstå intervjuguiden, og når jeg hadde spørsmål rundt denne

brukte jeg prosjektgruppen for å avklare disse. Det jeg synes er viktig å peke på med hensyn til dette, er at jeg har gjort mye forberedelser før intervjuene og observasjonen og jobbet tett opp mot problemstillingen min underveis. Dette fordi det er mange aspekter i datamaterialet som jeg ikke tar tak i. Men for å vinkle intervjuene jeg gjorde inn mot problemstillingen min, formulerte jeg oppfølgingsspørsmål. Forberedelsene til dette beskrev jeg tidligere i *kapittel 3.1.3 Forberedelse til intervju*. På denne måten sikret jeg at datamaterialet svarte på min problemstilling samtidig som prosjektet fikk svar på det de ønsket.

Det jeg ser på som en stor fordel ved å være en del av et prosjekt, er muligheten til å være en del av et større nettverk. Vi har hatt både nyttige metodiske og teoretiske diskusjoner i prosjektgruppen.

3.2.2 Styrker og svakheter

Noe jeg synes er verdt å nevne under dette punktet, er at jeg ikke har mye erfaring med å jobbe som ergoterapeut. Det er kun i korte perioder av masterstudiet at jeg har jobbet noen uker nå og da. Jeg tenker at dette kan være med på å påvirke hvordan jeg analyserer dataene, og dermed kan ha innvirkning på hvordan disse blir fremstilt. Om dette er positivt eller negativt, er ikke opp til meg å bedømme, men jeg tenker at det er nyttig å dele med dere som leser dette.

Studentene jobbet sammen i studentteam. En svakhet med dette var utfordringer med å rekruttere nok studenter fra alle profesjonene. Tre av de syv ergoterapistudentene hadde ikke fysioterapistudent i det tverrfaglige teamet. Teamet besto altså av ergoterapi-, sykepleie- og medisinstudent. Det kan påvirke hvordan teamet jobbet sammen og hvilket forhold studentene hadde til hverandre. Men her er det viktig å påpeke at disse studentene under intervjuene hadde et bevisst forhold til dette og at de hadde erfaringer fra det å jobbe sammen med fysioterapeuter som profesjon fra tidligere praksisperioder i studietiden.

Antallet informanter i denne masteroppgaven har jeg dels vært med på å avgjøre. Jeg tok det antall som jeg hadde mulighet til. Grunnen til at jeg sier at jeg dels var med på å avgjøre dette, var fordi prosjektet allerede hadde avgjort hvor mange studenter som til sammen skulle i praksis. Det var åtte ergoterapistudenter som deltok i tverrfaglige studentteam, men med hensyn til gjennomførbarhet under feltarbeidet fikk jeg bare observert to av de tre studentene i

den tredje praksisperioden. Jeg har en dekning på syv av åtte ergoterapistudenter som har deltatt i dette prosjektet, og jeg kan dermed dra slutninger opp mot hva ergoterapistudentene som har deltatt i denne praksisen omtaler som egen yrkesutøvelse.

Både under intervjuene og observasjonen benyttet jeg diktafon. Dette gjør dataene pålitelige fordi sitater vil være enklere å gjengi korrekt. Studentene kan altså være sikre på at de blir gjengitt med riktighet. I denne sammenheng anså jeg ikke at dette var noe problem overfor studentene på bakgrunn av at de visste hva de skulle delta på. Og det er en trygghet for meg at jeg i prosessen hadde mulighet til å gå tilbake til primærkilden, altså studentene, for å undersøke om noe jeg husker eller mener blir sagt stemmer. Samtidig hadde jeg mulighet for å sjekke opp konteksten hvis jeg hadde et sitat som jeg tenkte kunne vært tatt ut av sammenhengen.

Det at studentene meldte seg frivillig til å delta, er en styrke med denne masteroppgaven. De hadde selv et ønske om å bidra, og man kan anta at de derfor var motiverte for dette. En annen styrke er at jeg har kombinert tre ulike datainnsamlingsmetoder; både individuelle intervju, gruppeintervju og observasjon har blitt benyttet. Dette er metoder som fremskaffer ulike data, og dermed vil data som fremskaffes på bakgrunn av disse tre være styrket.

Det som vil bli presentert i *kapittel 5 Diskusjon* er at dataene som blir presentert i denne masteroppgaven samsvarer med tidligere forskning på temaet. Dette styrker gyldigheten til dataene, fordi gyldighet handler om hvorvidt dataene viser det samme som eksisterende forskning på temaet (Lundman & Graneheim, 2008). I tillegg kan leseren selv bedømme gyldigheten ved at det i kapittel 4 blir presentert sitater fra studentene. Dette metodekapitlet er grundig gjennomført med tanke på at etterprøvbarhet skal være mulig, men jeg ser at mine egne erfaringer kan være med på å påvirke min fremstilling av dataene. Overførbarhet til lignende situasjoner vil være mulig fordi de dataene som jeg presenterer er representative for ergoterapistudenter som har deltatt i dette prosjektet, nettopp fordi jeg har syv av åtte studenter som informanter i denne masteroppgaven.

3.3 Gjennomføring av analyse

Som jeg har gjort rede for tidligere ble alle intervjuene som er en del av datamaterialet i denne masteroppgaven ble tatt opp med diktafon. Der jeg ikke har gjennomført intervjuene selv, har jeg fått tilgang til både lydfilen og den transkriberte teksten fra prosjektlederen.

Da jeg gjennomgikk de intervjuene som andre hadde gjennomført, benyttet jeg lydopptaket og den transkriberte teksten i tillegg til at jeg skrev stikkord underveis. Dette var for å sette meg inn i konteksten i intervjusituasjonene der jeg ikke hadde vært til stede, samtidig som det var en forberedelse til egne intervjuer. Jeg syntes dette var viktig fordi jeg fikk vite hvordan studentene svarte på spørsmålene, og jeg kunne dermed være forberedt på hvordan det kunne bli for meg.

De to individuelle intervjuene som jeg gjennomførte, transkriberte jeg selv. Underveis i disse to intervjuene skrev jeg lite eller ingen stikkord, fordi jeg ikke følte behov for det siden jeg benyttet diktafon. Intervjuene varte 30–45 minutter og ble gjennomført med tre dagers mellomrom. Som nevnt transkriberte jeg intervjuene selv og benyttet samme fremgangsmåte på begge to. Hvert intervju ble gjennomgått i tre omganger. Først spilte jeg av intervjuet sammenhengende i redusert hastighet og skrev forløpende det jeg fikk med meg. Neste omgang leste jeg gjennom intervjuet, rettet skrivefeil og ryddet i teksten. Til slutt spilte jeg av intervjuet i redusert tempo, og fylte inn det som manglet samt rettet skrivefeil. Jeg valgte å gjøre det slik for å være sikker på at alt ble gjengitt ordrett og med riktighet, altså øke påliteligheten. Dialektiske uttrykk ble skrevet som bokmål i den transkriberte teksten. Latter og lengre tenkepauser ble også notert i transkriberingen. Dette er viktig fordi det kan gi sitatene underliggende mening (Graneheim & Lundman, 2004).

Intervjuene var ferdig transkriberte henholdsvis to og tre dager etter at de var gjennomført. Jeg fikk tid til å transkribere det ene intervjuet før jeg skulle gjennomføre det neste. Dette ble også en kvalitetssikring for meg selv, siden jeg kunne tenke over og forberede meg fra det første til det neste intervjuet. Det jeg i hovedsak gjorde da, var å forberede oppfølgingsspørsmål og hvordan jeg mer konkret kunne ta tak i aspekter ved studentenes fortellinger.

Gruppeintervjuet ble transkribert av en annen person. I transkriberingen var det markert i teksten hvem av studentene og oss intervjuere som sa hva. Dette ga meg en oversikt over å følge opp det som ble sagt av en student og eventuelle oppfølginger som kom underveis.

3.3.1 Analyse av intervjuene

I analysen av intervjuene var jeg inspirert av Lundman og Graneheims kvalitative innholdsanalyse (Lundman & Graneheim, 2008). Denne metoden går ut på å tolke tekster – disse tekstene kan for eksempel være transkriberte intervjuer. Metoden kan benyttes til å definere et tekstinnhold, og dette innholdet kategoriseres og tematiseres i analysen (Lundman & Graneheim, 2008). Analyseenheter i denne masteroppgaven var de åtte transkriberte intervjuene – syv individuelle intervju og et gruppeintervju.

Jeg valgte å benytte denne analytiske tilnærmingen på to av intervjuene først for å se om det var en hensiktsmessig metode å analysere intervjuene på. Det er fem steg som gjennomføres i kvalitativ innholdsanalyse: meningsenhet, kondensering, kode, underkategori og kategori. Ved å benytte denne metoden, startet jeg å velge ut sitater fra intervjuene som jeg mente kunne bidra til å svare på min problemstilling. Videre satte jeg disse 35 sitatene inn i trinnene ovenfor.

Jeg syntes dette var en strevsom og tidkrevende prosess. Jeg gjennomførte trinnene med sitatene fra de to intervjuene og lagde en tabell over kategorier som fremkom. Videre skriver Lundman og Graneheim (2008) at det andre trinnet er et sammendrag av det første trinnet. Her delte jeg opp i domener, underkategorier, kategorier og tema, og det ble utgangspunktet for det videre analysearbeidet.

Da jeg skulle analysere resten av intervjuene, valgte jeg bort noen av trinnene i innholdsanalysen. Dette gjorde jeg fordi det ble for omfattende å gjøre alle trinnene med tanke på den mengde data jeg hadde, og samtidig syntes jeg at analysen fra de to første intervjuene ga meg en god pekepinn på hva jeg kunne forvente videre. Men jeg følte allikevel på ingen måte at jeg var fastbundet til det jeg allerede hadde funnet, så den videre strategien ble å velge ut sitater. Så skrev jeg med egne ord hva jeg tenkte at de handlet om. Dette gjennomførte jeg på resten av intervjuene. Nye kategorier kom frem mens andre ble forkastet. Grunnen til at noen kategorier ble forkastet var blant annet at jeg ikke hadde belegg for at det

var en fremtredende tematikk som flere studenter sto for. Andre kategorier skred frem gjennom at det var flere studenter som trakk frem nye temaer som fremsto som viktig for å svare på problemstillingen.

3.3.2 Analyse av feltobservasjon

Da jeg skulle gjennomføre feltarbeid med observasjon, var jeg ferdig med å analysere hovedtrekkene i intervjuene. Som nevnt tidligere benyttet jeg diktafon under observasjonene. Jeg valgte å ikke transkribere hele dette på bakgrunn av at det var mye som ble sagt som ikke var relevant for meg. Analysen av observasjonene startet jeg med allerede da jeg renskrev notater jeg hadde gjort underveis. Samtidig med dette noterte jeg også ned mine umiddelbare tanker om det jeg hadde observert. Videre lyttet jeg til opptakene og noterte stikkord underveis.

Jeg hadde nå skaffet meg en oversikt over hva observasjonene handlet om. Jeg gikk dypere inn i datamaterialet og valgte å transkribere noen seksjoner av opptakene. Dette fordi de var gode illustrasjoner på hva ergoterapistudentene bidro med inn i studentteamet. Underveis i dette analysearbeidet kom jeg frem til at observasjonene ble et supplement til det som hadde kommet ut av intervjuene. Det var med på å fylle ut aspekter som tidligere hadde vært trukket frem under intervjuene.

4 PRESENTASJON AV DATA

4.1 Det beste for pasienten

I ergoterapistudentenes beskrivelser ble betegnelsen *det beste for pasienten* ofte benyttet. Det handlet om at det pasientrettede arbeidet innad i studentteamet hadde dette som mål. Studentene brukte betegnelsen *det beste for pasienten* i de beskrivelser som angikk pasientene. Dette var blant annet knyttet til diskusjoner de hadde hatt i det tverrfaglig teamet. *Det beste for pasienten* handlet om hvilke tiltak som var relevante å igangsette for de ulike pasientene. I intervjuene ble det ikke stilt oppfølgende spørsmål med hensyn til dette aspektet, men det at alle studentene tar dette opp i intervjuene som en type mål for det tverrfaglig studentteamet er et interessant aspekt. Videre vil jeg derfor gjøre rede for hva ergoterapistudentene vektla som viktig i deres arbeid med pasientene, og dermed hva de anså som viktig for å oppnå *det beste for pasienten*.

4.1.1 Inkludere pasienten

Alle ergoterapistudentene vektla pasientene i sine beskrivelser av det de gjorde som ergoterapeuter. I intervjuene beskrev de at ergoterapifaglig yrkesutøvelse er en praksis hvor det er viktig å inkludere pasientene i arbeidet. Dette handlet både om hvordan de skulle forholde seg til pasientene, men også hvordan de skulle inkludere pasientene i arbeidet sitt. En av studentene uttalte: «*Ja, hele veien i dette her så er det jo pasienten som må bestemme.*» Videre i studentenes beskrivelser fremsto det som viktig å jobbe sammen med pasientene. Det var viktig for studentene å inkludere pasientene i den delen av arbeidet som omfattet pasientens hverdagsliv. Og for å få tak i nettopp dette aspektet, vektla studentene brukermedvirkning. Brukerkunnskap og -medvirkning er en av de tre delene i kunnskapsbasert praksis (Nordtvedt & Jamtvedt, 2009).

Studentene syntes det var viktig å bli kjent med pasientene. Flere av studentene mente at dette var viktig for å få til et godt samarbeid. Ergoterapeuter samarbeider med pasientene (Baptiste, 2010). Toveiskommunikasjon mellom pasient og ergoterapeut er altså viktig. Studentene mente at det var av stor betydning å få til et godt samarbeid. Grunnen til dette var at motivasjonen til

pasientene måtte være til stede for at målene som ble satt skulle oppnås. For å inkludere pasientene bruker ergoterapeuter ofte å sette mål sammen med pasientene for å konkretisere hva pasientene selv ønsker å mestre i sitt liv. Ergoterapeuter retter sitt arbeid inn mot hverdagslivet hos pasientene (Brandt, Madsen, & Peoples, 2013), og derfor vil det være betydningsfullt og avgjørende at ergoterapeuten kjenner til livet som pasientene har levd før en skade eller sykdom rammet dem. Dette gir ergoterapeuten nyttig informasjon om hvordan det vil være hensiktsmessig å tilrettelegge for trening ved å benytte informasjon om de tidligere aktivitetene pasientene har likt å bruke tiden sin på.

Studentene uttrykte at samarbeidet med pasientene var viktig. Dette handlet blant annet om å få et inntrykk av pasientens oppfatning av det som foregikk, altså hvordan de så seg selv i den situasjonen som hadde oppstått – for eksempel hvilke aktiviteter som var viktig for en pasient å mestre. En av studentene beskrev det slik: «[...] å trene på å kunne komme seg fra rullestol til toalett og tilbake og i seng.» For studentene var det avgjørende for arbeidet at pasienten selv hadde et ønske om å gjennomføre det som ble satt opp som tiltak. På bakgrunn av dette fremstilte studentene at det var viktig at pasienten følte seg ivaretatt og kjente seg igjen og kunne stå for at det var dette de ønsket. En av studentene hadde opplevd at alle nødvendige tiltak var satt i gang hos en pasient, men at pasienten selv ikke ønsket dette. En av dem konkretiserte: «[...] sitter vi mange rundt og planlegger livet til en pasient og pasienten ikke er med oppi det, så får vi ikke til de gode tiltakene.» Her legger studentene vekt på at det er viktig å lytte til både pasienten og etikken i faget.

For å oppnå et godt samarbeid mellom pasient og ergoterapeut, uttrykte studentene at det måtte tas tak i konkrete aspekter ved pasientens liv. Studentene beskrev at pasientens ønsker var det som var viktig å ta fatt i og som gir grunnlag for det videre arbeidet sammen. Videre ble behov og interesser også fremstilt som to viktige aspekter å få informasjon om ved kartleggingssamtale med pasientene. I intervjuene beskrev studentene også at de ofte benyttet samtale for å bli kjent med pasientene. Studentene beskrev at samtalen kunne ta utgangspunkt i et standardisert kartleggingsverktøy som omhandlet pasientens liv. For å strukturere en slik samtale hadde en av studentene et eksempel på at kartleggingsverktøyet *Canadian Occupational Performance and Measure* (COPM) kunne bli benyttet. COPM er et kartleggingsverktøy som gjennomføres i form av et semistrukturert intervju for å identifisere aktivitetsproblemer hos en pasient før behandling settes i gang (Kjeken, 2008). Men COPM kan også benyttes for å dokumentere endringer etter en behandling (Kjeken, 2008). COPM er et av

de kartleggingsverktøyene som er mest brukt blant ergoterapeuter i Norge (Dolva et al., 2015). Studentene fremstilte at uavhengig av om det ble benyttet et kartleggingsverktøy eller ikke, var det fundamentalt at pasientens stemme ble hørt. Studentene beskrev at kartleggingen som ble foretatt var for å bli kjent med pasientene og premissene som lå til grunn for det videre arbeidet sammen som pasient og ergoterapeut. En av studentene beskrev det slik: «*Jeg tenker at det er viktig at pasienten skal ha det best mulig i hverdagen og få til så mye som mulig.*» Studentene beskrev altså kartlegging gjennom samtale som et viktig virkemiddel for å bli kjent med pasientene.

Da det tverrfaglige teamet hadde møte, videreformidlet en av studentene resultatene fra to kognitive tester hun hadde gjennomført med en pasient – *OBS-demenstest* og *trailmakingtest*. Kartlegging av kognitiv funksjon er en av arbeidsoppgavene til ergoterapeuter, blant annet de som jobber ved geriatrisk avdeling på sykehus. Det finnes ulike tester å benytte med hensyn til hvilke utfordringer pasientene har.

En av studentene beskrev at det var viktig å «*høre på pasienten, hva de ønsker og hvordan de selv ser sin situasjon*». Ergoterapistudentene var opptatt av pasientperspektivet i sitt arbeid. Dette kom til uttrykk i de tverrfaglige møtene med de andre studentene i teamet. Jeg observerte at en av studentene påpekte at «*det er ikke sikkert pasienten vet hva dette innebærer*». Dette fremsto som å tale pasientens sak når han ikke var til stede. Ikke at de andre i teamet ikke tenkte på dette, men ergoterapistudenten var den i teamet som uttrykte dette med ord under møtet.

I det tverrfaglige teamet var det diskusjoner rundt en pasient med håndproblematikk. Da forklarte ergoterapistudenten hvordan hun brukte å jobbe: «*Han kan trene hånd og grep i frokosten ved å lage mat selv, og om dette ikke blir bedre, så vedlikeholder det i alle fall den funksjonen som er.*» I tillegg formidlet hun til de andre at når hun var ute og gikk sammen med pasienten, brukte hun å la ham trykke på knappen til heisen og «*bruke slike ting som trening*». Her inkluderer altså studenten pasienten i hverdagslige aktiviteter.

4.1.2 Pasientens omgivelser

Ergoterapistudentene beskrev det som viktig å ha kjennskap til pasientenes omgivelser. For studentene omfattet pasientenes omgivelser to aspekter. Det ene var de fysiske omgivelsene

som innebar pasientenes hjem. Det andre handlet om de som sto rundt pasienten, altså de pårørende.

I intervjuene gjenga studentene eksempler på situasjoner hvor de hadde vært i hjemmet til pasientene som de arbeidet med. De beskrev dette som pasientens hjemlige omgivelser. Med det fokus på hverdagslivet som ergoterapeuter har, er hjemmet en naturlig arena for ergoterapeuter å være sammen med pasienten (Brandt et al., 2013). Studentene uttrykte at hjemmet var en viktig arena å være sammen med pasientene. De fremstilte pasientenes omgivelser som nødvendig å vite noe om. De anså altså kjennskap til pasientens omgivelser som en viktig del av yrkesutøvelsen som ergoterapeut. Videre hadde en av studentene vært på et hjemmebesøk, og beskrev følgende: *«Vi har jo vårt i forhold til dette med tilrettelegging i hverdagen, hvordan få ting til å fungere på en best mulig måte med smarte løsninger, gode teknikker og planlegging av hvordan du skal ha det på kjøkken og alt dette her.»*

Studentene beskrev hjemmet til pasienten som en arena hvor det var viktig å se pasienten. Alle studentene pekte på at hjemmet var en arena som kunne hjelpe dem til å se hva pasientene spesifikt trengte mer trening på ved institusjonen. En av studentene beskrev det slik: *«Han øvde også på det å, det å liksom legge seg ned i senga, reise seg opp, og sette seg ned på doen, sette seg ned i stolen, gå i trapp og ja.»* Med andre ord trening for å mestre hverdagen og det pasienten selv ønsker.

Det var med tanke på hvordan pasientene klarte seg i hjemmet at studentene mente at besøk i pasientens hjemlige omgivelser var praktisk. Dette handlet blant annet om hva det var hensiktsmessig å trene videre på ved institusjonen – altså det pasienten selv ønsket å være selvstendig med hjemme. En av studentene beskrev følgende: *«Så var jeg inne i begynnelsen og tilrettela et bad med dusj, føn, toalett og disse her [...] Og når jeg var ferdig der, så hadde jeg ikke mer å gjøre i det huset.»* Behovet for tilrettelegging kunne altså være raskt unnagjort.

Studentene beskrev at det som var viktig, handlet om å se hvordan pasientene mestret sine hjemlige omgivelser etter sykdommen. En av studentene beskrev at det kunne være en motiverende faktor for pasienten å se hva det var behov for å trene på for å klare seg i hjemmet. Studentene uttrykte at det var veldig nyttig med tanke på det videre arbeidet med pasientene å kunne se dem i sine hjemlige omgivelser. Det å reise hjem sammen med pasienten i løpet av en rehabiliteringsprosess kunne også bevisstgjøre pasientene og motivere til videre opptrening.

Rehabilitering er et av flere ulike felt innenfor helsetjenesten som ergoterapeuter arbeider med (Norsk ergoterapeutforbund, 2013).

Studentene presenterte også en annen hensikt ved å være sammen med pasientene i deres eget hjem. De beskrev det som nyttig å gjennomgå ulike aktiviteter som pasienten gjør i hjemmet i løpet av en dag. En student beskrev det slik: *«Det er jo å prøve og kartlegge om hva som fungerer hjemme og hva som ikke fungerer, og få frem det de eventuelt trenger hjelp til da. For at hverdagslivet skal bli lettere.»* Det som ble vektlagt som viktig, var at besøket i hjemmet ga henne et overblikk over huset og om det var behov for å tilrettelegge for pasienten.

I de tverrfaglige studentmøtene var det ofte ergoterapistudenten som gjorde rede for hjelpemidler. For eksempel påpekte studentene at pasienten trengte dostol, stilte spørsmål angående behov for toalettforhøyer, fortalte at det var bestilt rullator, påpekte at pasienten hadde personløfter hjemme og at hun skulle følge opp puter til rullestolen. Videre fortalte hun til de andre at med hensyn til elektrisk rullestol tok det lang tid å få dette. Hun videreformidlet også til de andre studentene at en pasient hadde behov for hørselshjelpemidler: *«Han hører jo ikke, han er nødt til å ha hørselshjelpemidler, når han ser på tv burde han ha teleslynge, så det burde de sett på hjemme.»* Her formidlet hun til de andre i teamet et behov som en pasient hadde og hva hun ønsket å gjøre med dette.

Ergoterapistudentene beskrev også andre personer som var viktig i arbeidet mellom pasient og ergoterapeut. Det fremsto som viktig for studentene å inkludere de som sto rundt pasienten. Alle studentene uttrykte at de var bevisst på de pårørende som pasienten hadde rundt seg. Dette kunne være familie eller andre. En av studentene beskrev at hun delte informasjon med de pårørende *«[...] å informere pårørende hva som var viktig at den her pasienten fikk videre oppfølging på.»* Hun anså det altså som viktig å oppdatere pårørende om pasientens situasjon.

En student uttrykte et behov for å plassere seg på samme nivå som de pårørende og pasienten: *«Du går ned på deres nivå, det er ikke det asymmetriske forholdet.»* Dette handlet om å bruke et språk som de pårørende forsto, blant annet å legge til side de latinske begrepene. Videre handlet dette om å snakke med pårørende om hvordan de så situasjonen, altså å lytte til både pasienten og de pårørende.

Det å inkludere pårørende i prosessen handler om å inkludere de som står pasienten nærmest. Studentene beskrev at samarbeidet mellom ergoterapeut, pasient og pårørende var viktig. En av studentene fremhevet at dette var viktig for pasientens del. Det handlet om å skape relasjoner til begge parter: «[...] å ha noe samtale på det med pasient og pårørende og bli kjent med, og få dem til å kunne stole på meg.» For studenten var det altså viktig at både pasienten og de pårørende hadde tillit til henne som fagperson.

En av studentene mente at det var viktig å ta hensyn til at de pårørende ikke sikkert vet alt om pasienten: «Hvis pasienten ikke har tale for eksempel og ikke kan uttrykke selv hva de selv ønsker og sånt. Og da er det jo veldig viktig med pårørende, men samtidig er det ikke sikkert at pårørende vet liksom alt, de vet mye om personen, men ja.» Denne studenten påpeker altså at det er viktig å alltid sette pasienten først og at pårørende kan supplere med informasjon.

Da det tverrfaglige studentteamet hadde møte, var ergoterapistudenten opptatt av det sosiale livet til en pasient. En student påpekte at det kunne være viktig å foreslå følgende for pasienten: «[...] dagsenter og sånt, så han kommer seg litt ut, høre hva han tenker om det selv også, om han kunne tenkt seg det.» Studenten var altså opptatt av både de fysiske og psykiske omgivelsene til pasienten.

Studentene beskrev hjemmet som en arena for å finne ut hva som fungerte for pasientene. De var tydelige på at hjemmet hjalp dem til å se hvilke utfordringer og problemer som burde tas tak i for at pasienten skulle komme hjem igjen. I tillegg ga besøk i hjemmet et overblikk over den fysiske utformingen av hjemmet og eventuelle behov for tilrettelegging. I tillegg var det viktig for studentene at de som sto rundt pasienten, altså de pårørende, også ble tatt hensyn til.

Studentene anså det som viktig at helheten ble satt i fokus. Helhet forstås her med pasienten, pasientens hverdagsliv og de pårørende. De beskrev at det var nødvendig at alle var bevisst på at en pasient også har pårørende. Studentene beskrev at det var viktig å se at det var flere mennesker enn bare en pasient som tok del i situasjonen.

4.1.3 Anerkjennelse

Studentene ga innholdsrike beskrivelser av hvordan de andre profesjonene var interessert i ergoterapifaget. Studentene påpekte at de andre profesjonene var nysgjerrige på hva en ergoterapeut gjorde. En av studentene beskrev det slik:

«Og det var jo veldig artig, for både sykepleierstudenten og legestudenten var jo veldig interessert i hva jeg kunne bidra med. Det var vi egentlig alle sammen [...] var jo interessert i å vite, så da fikk vi og et [...] det tror jeg og gjorde noe med det samarbeidet, at det ble bra, for vi var så interesserte i å se hva de andre gjorde.»

Denne studenten gir inntrykk av at det var en gjensidig interesse for de ulike profesjonene i studentteamet som hun var en del av.

Ergoterapistudentene beskrev at de andre i teamet var interessert i hva de kunne bidra med, og mente at dette var med på å gjøre samarbeidet i teamet godt. En student hadde fått spørsmål omkring det hun gjorde hos en pasient, *«sånn som børsting og leddkompresjon, den fikk jeg liksom spørsmål om hva var hensikten»*. Børsting og leddkompresjon benyttes gjerne på pasienter som har nedsatt sensibilitet for å gi taktil stimulering av for eksempel arm og hånd. Studentene hadde også opplevd at en av de andre profesjonene ikke så hensikten med det som ble gjort sammen med en pasient fordi det ikke ga målbare resultater. Da hadde en av studentene forklart at det ikke var *«den fysiske effekten som var poenget, det er at pasienten opplever at inaktivitet er kjedelig»*. Her vises tankegangen som er viktig for ergoterapeuter, nemlig å tilfredsstille et behov som pasienten kan ha uten at det utad har en konkret hensikt. Studentene hadde altså opplevd å diskutere seg frem til at dette var greit allikevel – altså fremsto det for ergoterapistudentene at de andre i teamet var opptatt av grunnen for det de gjorde. Dette gjenspeiler også grunnsynet i ergoterapifaget som handler om menneskelig aktivitet (Norsk ergoterapeutforbund, 2006).

I de tverrfaglige studentmøtene ble det tydelig satt av tid til at hver profesjon skulle få mulighet til å si det de ønsket. En student påpekte at det var åpenhet mellom de ulike profesjonene og at de *«spurte hverandre om ting de lurte på»*. Her fokuserte ergoterapistudentene på at hver enkelt fikk komme til orde i teamet.

Under et møte diskuterte studentene hvem som skulle gjennomføre OBS-demenstest. Medisinstudenten sier til til ergoterapistudenten at «*dette er du flink til, så det kan du få gjøre*». I tillegg ble de enige om at fysioterapistudenten være med fordi hun ikke hadde gjort denne testen før. Da resultatene skulle legges frem, hadde medisinstudenten disse foran seg. Hun leverte til ergoterapistudenten og sa «*dette kan du lese best*». Her viser de andre profesjonene å verdsette den kunnskap som ergoterapistudenten i denne situasjonen har.

En student som gikk sammen med en sykepleierstudent i morgenstellet, opplevde at sykepleierstudenten ble overrasket over at hun «*sto og så på med hendene på ryggen og at pasienten skulle gjøre ting selv*». Videre reflekterte studenten da at sykepleierstudenten hadde innsett at det kanskje ikke var nødvendig å hjelpe en pasient som klarte seg selv. Dette er en situasjon som synliggjør forskjellene mellom de ulike profesjonene og som i stor grad hjelper studentene med å forstå hverandre. Ved en annen anledning hadde en student opplevd å bli hentet inn i en situasjon hvor to av de andre profesjonene hadde behov for hjelp med forflytning av en pasient: «*De skulle få henne opp på sengekanten, og så var [...] studenten litt usikker på det.*» Det fremsto som at studentene syntes slike situasjoner var spennende siden kunnskapen deres ble verdsatt av de andre profesjonene, og det virket også som at studentene syntes dette samarbeidet var godt nettopp gjennom at de gjorde ulike ting. Her ser det ut til at ergoterapistudentene har bidratt til å bevisstgjøre andre profesjoner ved å gå sammen til pasientene.

En av ergoterapistudentene hadde hatt med en av de andre studentene da hun var på treningskjøkkenet med en pasient. Det fremsto som om studenten syntes det var viktig å vise de andre profesjonene hva de gjorde sammen med pasienter i slike situasjoner, for da hadde den andre studenten sittet og observert det som foregikk. Ergoterapeuter benytter ofte treningskjøkken sammen med pasienter for å se dem i utførelsen av hverdagslige aktiviteter som å koke kaffe eller lage mat. Det vil derfor være nyttig for andre profesjoner å observere denne tilnærmingen som ergoterapeuter benytter, og jeg forsto det slik at denne studenten syntes det var spennende å vise frem faget sitt slik.

Det kom tydelig frem at ergoterapistudentene hadde et annet fokus enn de andre profesjonene. Dette handlet om hverdagslivet. En student hadde fått høre av en annen profesjon at hun la merke til de småtingene som de andre ikke tenkte på «*som rett og slett ble naturlig oversett*», men som «*vi lærer å se*». Videre beskrev studenten at det handlet om de «*hverdagslige*

småtingene som er viktig å få med som jeg egentlig tar som, tok som en naturlig sak og selvfølge i min observasjon, men som tydeligvis ikke er det å så mange andre sine, ja på mange andre sin fagfelt da». Dette fremsto for meg som at ergoterapistudentene var stolte over å ha sitt eget område som de andre ikke hadde fokus på, der de selv kunne bevisstgjøre de andre på viktigheten av. En student oppsummerte det slik: *«[...] så det var artig å få kjenne på at man er viktig faktisk, at ergoterapi, at den rollen man har er viktig.»* Dette synliggjør at ergoterapistudentene opplevde å bli anerkjent.

Det fremsto altså som viktig for ergoterapistudentene å fokusere på pasientenes hverdagsliv. Hverdagslivet består av ulike aktiviteter som stiller krav til personers utførelse. Når en person har blitt utsatt for en skade og en ergoterapeut kobles inn, vil ergoterapeuten ha fokus på hverdagslivets aktiviteter. Det fysiske og psykiske funksjonsnivået er derfor noe ergoterapeuter har interesse av å vite noe om, fordi det handler om hvordan samarbeidet videre i prosessen mellom pasient og ergoterapeut blir.

4.1.4 Se det samme og se forskjellig

Studentene jobbet mye sammen med de andre profesjonene. Å se det samme og se forskjellig handler om det samspillet studentene hadde sammen med de andre profesjonene og at studentene syntes det var nyttig å gå sammen med andre profesjoner inne hos pasientene. Det handler blant annet om at det gir mer informasjon å gå sammen og at pasientene slipper å gjøre ting flere ganger fordi alle profesjonene vil se.

Alle studentene beskrev erfaringer med å ha hatt det samme perspektivet som en annen profesjon i forhold til en pasient. En student beskrev det slik:

«En person med slag som ble satt bare rett inn til veggen og bare ble liggende der, det her var vel en hjelpepleier som hadde sagt at nei, her er det ingenting å gjøre. Men at vi andre, både fysio- og ergoterapi, så viktigheten i hvor, hva som måtte gjøres og at vi så potensial og at vi så utviklingen som mange andre ikke gjorde da, så der var det og veldig det med fysio og ergo som var veldig godt samarbeid i alle fall.»

Altså er det med utgangspunkt i en slik erfaring at studentene kan erfare at det er nyttig å jobbe tett med andre profesjoner og verdsetter deres kunnskap. Videre var det en annen

student som reflekterte rundt en lignende situasjon som mente at det kunne være nyttig for pleiepersonell å delta i treningen som ergoterapeuten gjennomførte for å skape en bevisstgjøring hos dem om pasientene. En student beskrev det slik: «*En fysioterapeut som kan mye med behandling av en skade, eller uansett [...] så bør jeg jo se mitt snitt å få hjelp.*» For studentene fremsto det som viktig å kunne benytte seg av hverandres kunnskaper.

Når det gjaldt å samarbeide, påpekte studentene at det var ulikt fra situasjon til situasjon hvem som tok initiativ til dette. En student uttrykte det slik: «*Sykepleier spurte skal du være med meg på observasjon, eller så sa jeg selv at kan jeg være med deg.*» Videre beskrev flere av studentene at det var viktig for samarbeidet i teamet at de gikk inn to profesjoner sammen, for da hadde de «*to ulike sett øyer å se med*».

Studentene hadde erfart at det å gå sammen hos pasientene var nyttig og at det var et godt samarbeid i teamet. En student beskrev at det var fordi «*vi var med på alt i lag hele tiden*». Videre vektla hun at å se de samme tingene på samme tidspunkt var viktig, «*siden vi hadde vært samtidig inne så fikk vi jo se samme tingen [...] så da fikk vi diskutert hva vi hver enkelt så, og vi så noe likt, så noen andre noe annet*». Videre la studenten vekt på at hun opplevde profesjonene som like, men «*samtidig så har vi ulike vinklinger på det*», og de lærte mye av hverandre. Ved hjemmebesøk beskrev en student at de fordelte roller seg imellom, «*en var den som spurte, en skrev og andre, hvis det var flere, så var noen observatører*». Men i dette så hadde de jo også sitt eget fag som utgangspunkt. De gikk altså inn sammen hos pasienten for å snakke med ham og observere, både det de hadde blitt enige om på forhånd samt med sin profesjonsspesifikke kunnskap.

Alle studentene beskrev at de hadde gått sammen med de andre profesjonene inn hos pasientene. En student beskrev at alle «*gjorde seg opp sine tanker rundt det man har observert og det man ble fortalt*». Og hun beskrev videre at de sammenlignet observasjoner i etterkant «*fordi at jeg ser på "mine ting" og legestudenten hun så på sine ting og sykepleierstudenten observerte sine ting*». For studentene fremsto det som viktig å kunne være sammen med andre profesjoner hos pasientene fordi de hadde ulikt fokus. Studentene la også vekt på at de ulike profesjonene så på forskjellige ting når de var inne hos en pasient og observerte. Et godt eksempel som en av studentene la frem var følgende:

«Det første jeg (som ergoterapeut) la merke til var hvor ting var plassert, seng, nattbord, dør, stol, rullator, alt sånt, mens det første sykepleierstudenten la merke til var hvor rotete ser senga ut, er lakenet veldig krøllet, er det mye rot. Og hvis det var noen bandasjer inne i bildet, hvordan så de ut? Mens legestudenten, det som hun oftest la først merke til var ... det var litt fascinerende, det var ansiktsuttrykket og hudfargen [...] litt sånn allmenntilstand-relatert.»

Dette sitatet beskriver altså at de ulike profesjonene har forskjellige perspektiver med hensyn til den samme situasjonen. Studentene beskrev at de ved flere anledninger hadde vært og observert pasienter sammen med en profesjon. En student beskrev følgende etter observasjon av morgenstell sammen med sykepleierstudenten: *«Ja, jeg og hun var veldig klar på at vi skulle observere også under stellet og ikke bare sånn fort-fort ferdig og jeg fikk være, altså vi var trygge på hverandre også der jeg kom inn i situasjoner og hjalp til.»* Her vektlegges trygghet og det at de er oppmerksomme på hverandre, og dette var også noe som de andre studentene beskrev. I forhold til fysioterapistudenten var ergoterapistudenten som en støttespiller i gåtreningen: *«[...] støtteapparat for pasienten som pasienten var trygg på at rullestolen kommer bak.»* I tillegg benyttet studenten muligheten til å observere pasienten underveis. Når ergoterapistudentene hjalp til med å assistere de andre profesjonene, hadde de altså som hensikt å observere pasientene samtidig som de hjalp en annen student. Dette kan være på grunn av at ergoterapistudenten ønsket å se pasienten i hverdagslige situasjoner for å planlegge med tanke på hvilke aktiviteter som kunne være aktuelle å gjøre sammen med pasienten. Videre fremsto det som viktig at profesjonene gikk sammen hos pasientene for å planlegge det videre oppholdet for pasienten.

De ulike perspektivene kom også til syne ved at studentteamet diskuterte pasientene uten at pasientene var til stede. En student beskrev følgende:

«Det handlet om en dusjsituasjon, pasienten skulle ta seg en dusj. Og sånn funksjonelt sett så mestret hun ... altså pasienten fikk det til og alt var egentlig veldig fint sånn sett, men problemet var jo at når denne pasienten hadde dusjet ferdig, så var jo hun så sliten at hun fungerte jo ikke resten av formiddagen. Og da ... og det tenkte jeg liksom ikke over før sykepleieren gjorde meg oppmerksom på ... eller sa på en måte det.»

Dette beskrev studenten som en opplevelse som gjorde henne bevisst på at det ikke alltid var nødvendig å la pasienten utfolde seg om det som angår funksjon, men heller diskutere med pasienten og de andre profesjonene om hva som var viktig å fokusere på og hva pasienten

hadde ytret ønske om å mestre selv. Alle var enige om at det var situasjonsavhengig hvilke profesjoner det var behov for ved ulike tilfeller, så studentene mente det var viktig å vite hvor de hadde sin plass.

4.1.5 I det tverrfaglige studentteamet

Studentene ga innholdsrike beskrivelser av det å opptre i et team. Det handlet om hvilke egenskaper deltagerne i teamet burde ha samt praktisk hvordan studentene løste det å være et team.

Det å være ergoterapistudent i det tverrfaglige studentteamet beskrev en av studenten som å *«være tøff og tørre å komme med det man faktisk mener»*, men poengterte videre at det som skapte gode samarbeidssituasjoner var ydmykhet og det å være trygg på seg selv og sitt fag. En av de andre understreket at det var viktig å ha egen kompetanse, *«men vi eier den ikke, vi skal dele»*. Videre beskrev studentene at det var betydningsfullt å være tålmodig overfor hverandre. Studenten mente de selv hadde ansvar for å forklare sine meninger overfor de andre studentene, *«for det er jo ikke sikkert de andre vet helheten i mitt perspektiv»*. Dette var viktige aspekter som viser at det menneskelige aspektet, altså personene som er deltager i teamet, også blir sett som ulike mennesker. Studentene påpekte altså at i et team bør ergoterapeuten være trygg i sitt fag og kunne forklare dette for andre.

Fellesskapet innad i et team hadde alle studentene både erfaringer og tanker omkring. Det som fremsto som viktig for dem i dette, handlet om en fellesskapsfølelse. Studentene beskrev at det å ta avgjørelser på bakgrunn av andres synspunkter var viktig – *«dette at man er trygg på kunnskapen og jeg ser at vi har like kunnskaper og vi kan diskutere og være faglig uenig og komme frem til det beste for pasienten. Og det er jo det vi har opplevd når vi har vært uti det her, å få det faglige og det beste for pasienten»*. Åpenhet samt det å lytte til de andre under møtene ga studentene uttrykk for var viktig. En student beskrev det slik: *«Jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det, men altså, jeg følte jo at jeg ble respektert for den jeg var og de andre ble respektert ... og jeg respekterte de andre for det de var i dette. Og vi lærte mye av hverandre.»* Å lytte til hverandre og det å være samarbeidsvillig ble også fremtrukket som gode egenskaper, fordi de ulike profesjonene kan ha oppfattet en situasjon forskjellig og det var viktig at alle fikk deltatt med sitt synspunkt: *«[...] og man må i fellesskap bli enige om veien videre og ... ja, man må gi litt og så må man ta litt. Man må gi av sitt fag og så må man*

ta av andre sitt fag, være litt åpen for at det kanskje ikke bare er det du kommer med som er 100 % riktig hele tiden.»

Innad i studentteamet fikk studentene støtte fra hverandre. Dette var med på å skape trygghet. Et eksempel var fra det tverrfaglige studentmøtet hvor ergoterapistudenten påpekte at hun *«vil gjerne at før vi skanner inn og leverer at dere ser igjennom og ser om dere er enige i de punktene, sånn skåring og sånn, at vi gjør det i lag, at det ikke bare er min vurdering»* i forbindelse med resultatet av en kartleggingstest. Studentene vektla at alle i teamet var ansvarlig i formidlingene av det de hadde gjort sammen med en pasient.

Studentene tok også initiativ til å bevisstgjøre andre profesjoner med hensyn til hva som var viktig for pasientene. En student beskrev at hennes team hadde laget en ADL-plan i forbindelse med gjennomføring av morgenstell for den ene pasienten. Dette handlet om å gi informasjon til resten av personellet om hva som var viktig å tenke på med denne pasienten og *«sånn at alle skulle følge det i helgene og sånt når ikke terapeutene var på jobb»*.

Ergoterapistudentene beskrev at teamene sammen skrev dokumenter til pasientens journal, altså felles rapporter. De hadde maler for hva disse rapportene skulle inneholde. En av studentene beskrev at studentene som hadde sitt fagområde innenfor punktet som ble gjennomgått i malen var den som snakket. Hun hadde presentert en del under psykisk helsetilstand, *«hvordan pasienten var der da, hadde lege og jeg litt, vi snakket mye med pasienten, og jeg oppfattet og tok med meg mye av, når vi diskuterte og pratet»*. I teamet som en av studentene var deltager i, hadde studentene skrevet det generelle sammen, *«og så var hver enkelt inne og skrev [...], og noen ting har jeg og fysioterapeuten nesten det samme og da var det jo å få det sånn at vi ikke hadde skrevet det to ganger [...] og da skrev vi jo egentlig bare i den rapporten at dette var ting som vi begge to så at det var behov for i dette»*. Studentene diskuterte altså de ulike områdene først for så å utfylle hvert sitt profesjonsspesifikke område i den felles rapporten.

Alle studentene beskrev at de hadde daglige møter om pasientene i studentteamet. En student beskrev at teamet hennes brukte å ha møter på slutten av hver dag, *«vi fikk alle sammen si det vi hadde fått med oss den dagen, [...] uten at vi måtte brøyte oss plass»*. I observasjon av det tverrfaglige møtet opplevde jeg ergoterapistudenten som en likeverdig deltager, altså at hun ble hørt når hun hadde noe å si. Hun stilte spørsmål når det var noe hun lurte på med hensyn

til det de andre diskuterte. Hun skrev når de sammen skulle formulere en felles rapport, men når det var mye medisinske ord eller at sykepleier snakket om sitt fagområde, spurte hun dem om de ville skrive selv. Studentene supplerte også med informasjon som ikke var typisk ergoterapi, men heller rettet inn mot arbeidet som teamet hadde gjennomført, for eksempel «*vi har hatt kostregistrering*» og pasienten var «*veldig pratsom, pratet om det han hadde gjort tidligere i livet, han var lett å prate med i dag og var humoristisk og spøkte*». I tillegg stilte hun spørsmål om hjemmesykepleie og dosett. Dette var fordi hun skulle presentere pasienten på det tverrfaglige møtet med hele avdelingen, som var en av oppgavene med å være en del av det tverrfaglige teamet.

5 DISKUSJON

Dataene som ble presentert i forrige kapittel, vil her bli diskutert opp mot det som ble presentert i *kapittel 2 Teoretisk utgangspunkt* samt noe av det som ble presentert i introduksjonen. Dataene fra forrige kapittel viste at ergoterapifaglig yrkesutøvelse handler om *det beste for pasienten*. Alle dataene i denne masteroppgaven ble samlet inn i forbindelse med de tverrfaglige studentteamene som var i praksis i kommunene. Studenter fra de fire profesjonene ergoterapi, fysioterapi, sykepleie og medisin ble satt sammen for å jobbe som et tverrfaglig team rundt ulike pasienter. De skulle lære av, om og med hverandres profesjoner (Universitetet i Tromsø, u.å.). Det er ikke uten grunn at en slik praksis ble lagt til nettopp kommunen, for på bakgrunn av *Samhandlingsreformen* som trådte i kraft i 2012 har det blitt et større press på kommunehelsetjenesten og de desentraliserte tjenestene. For å håndtere dette i tiden som kommer, vil det derfor være et økende behov for tverrfaglig innsats innenfor disse områdene. *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29, 2012-2013) har med hensyn til omstilling i omsorgstjenesten fokus på blant annet å «skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid» (s. 25). Denne praksisperioden kan altså være forberedende for at studentene skal kunne jobbe i henhold til dette.

Den praksisperioden som ergoterapistudentene har deltatt i, kan ses i lys av det teoretiske utgangspunktet *situert læring*. Situert læring handler om at læring skal foregå i den konkrete konteksten som kunnskapen skal benyttes. Molander (1996) beskriver at praktisk kunnskap tilhører en kontekst. Den konkrete konteksten i denne praksisen var det tverrfaglige studentteamet. Ergoterapistudentene skulle altså bli en del av det tverrfaglige studentteamet. For å bli en fullverdig deltager i dette studentteamet, har studentene gjennomgått en prosess. Den prosessen omtaler Lave og Wenger (2003) som *legitim perifer deltagelse*. Prosessen knyttes til det å i starten være en utenforstående deltager til å på slutten være en likeverdig deltager med de andre i den samme konteksten – altså å bli en del av det tverrfaglige studentteamet sammen med de andre profesjonene.

5.1 Det fagspesifikke

Ergoterapistudentene kom inn i denne praksisen med erfaringer fra tidligere praksisperioder i studiet samt det de har lært gjennom undervisning på universitetet. Her vil jeg presentere hovedpunktene i *kapittel 4.1.1 Inkludere pasienten* og *kapittel 4.1.2 Pasientens omgivelser*, og se disse i lys av ergoterapilitteratur og KBP. Beskrivelsene som studentene ga i disse kapitlene handlet om hvordan de benyttet ergoterapifaget da de var sammen med pasientene.

Studentenes tankegang ligger tett knyttet opp til yrkesutøvelsen, slik det er beskrevet i blant annet *Rammeplan for ergoterapeututdanning* (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Når ergoterapeuter jobber med pasienter, er alltid brukermedvirkning en del av yrkesutøvelsen. Det er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk ergoterapeutforbund, 2006). Ergoterapifagets utgangspunkt er at mennesket har behov for å være i aktivitet (Ness, 2006). Gjennom studentenes beskrivelser samt observasjon av deres deltagelse i det tverrfaglige studentteamet, kommer det frem at ergoterapistudentene er opptatt av å ha med pasienten i det som angår pasientens liv. Det å ha som mål å inkludere pasientene i det som angår dem er nok ikke unikt for ergoterapifaget, siden det er like stor sjanse for at andre profesjoner som jobber innenfor helsetjenesten også har pasienten som utgangspunkt for egen yrkesutøvelse. Det som derimot kan ses på som unikt, er hvordan ergoterapistudentene lærer å se pasienten og å ha pasientens hverdagsliv som fokusområde. Det som altså er unikt, men som studentene ikke artikulerte helt tydelig, er nettopp på hvilken måte ergoterapeuter skiller seg fra andre helsefag med hensyn til dette.

Dataene viste at studentene var opptatt av å inkludere de pasientene de jobbet med. Dette gjorde studentene gjennom å kartlegge for å finne frem til pasientenes ønsker og behov ved bruk av ulike kartleggingsverktøy. Ergoterapeuter benytter ofte ulike kartleggingsredskaper i arbeid med brukere (Dolva et al., 2015), og valg av kartleggingsmetoder og -verktøy henger sammen med brukernes utfordringer. Brukerkunnskapen handler om at helsepersonell legger til rette slik at pasientene kan ta velinformerte beslutninger (Nordtvedt & Jamtvedt, 2009), og det kommer til uttrykk gjennom pasientene. Siden disse studentene har deltatt i praksisperioder tidligere og møtt pasienter der, er det store muligheter for at de allerede har tilegnet seg kunnskap innenfor dette området. Men det er ikke nok med bare brukerkunnskap når en ergoterapeut jobber med pasienter. Forskningskunnskap er det som ligger til grunn i helsetjenesten (Nordtvedt et al., 2012), og dermed også for utøvelsen av ergoterapeutyrket. Det som er kjernen i ergoterapifaget

er menneskets behov for å være i aktivitet (Norsk ergoterapeutforbund, 2006; Tuntland 2006). Men hvilken aktivitet det i et slikt utsagn siktes til, er ikke spesifisert. Det vil altså være opp til hver enkelt person å avgjøre nettopp dette. Aktiviteter kan være alt fra morgenstell til å kjøre bil, altså både PADL- og IADL-aktiviteter. Det handler om hvilken aktivitet pasienten selv ønsker å mestre. Og for at en ergoterapeut skal hjelpe pasientene til å mestre den aktiviteten som pasienten selv ønsker, må pasienten inkluderes i det arbeidet som ergoterapeuten gjør. Her kommer brukermedvirkningen som er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene til sin rett. Ut fra hvilke aktiviteter pasienten ønsker, vil ergoterapeuten gjøre rede for hva som kreves av pasienten for å gjennomføre det han ønsker. Her vises tydelig at forskningskunnskapen best kommer til nytte gjennom at den blir supplert med både brukerkunnskap og erfaringskunnskap.

Studentene beskrev også at det var viktig for dem å kjenne til pasientenes omgivelser. Alt vi gjør, gjør vi i våre omgivelser. Dette kan være huset, hagen eller arbeidsplassen. Grunnen til at studentene vektlegger omgivelsene, er fordi de aktiviteter vi gjør i livene våre skjer i våre omgivelser. Ergoterapeuter benytter ofte hjemmebesøk og er opptatt av at pasienten skal mestre hverdagslivet. Hjemmet er en sentral arena, spesielt for eldre personer, fordi mye av det som foregår i hverdagen skjer her (A. Jacobsen, Legarth, & Sønnichsen, 2013). Ut fra hvilke aktiviteter pasientene velger at de vil mestre, må gjerne de fysiske omgivelsene tilrettelegges for dette. Studentene vektla å vite noe om pasientenes omgivelser. Dette handlet også om personer som sto pasienten nær. Ergoterapeuter jobber ikke bare mot personer som er syke, men også deres nærmeste. Informasjon og undervisning er dermed viktige oppgaver for ergoterapeuter.

Videre fremsto det som viktig for studentene at pasientenes aktiviteter i hverdagslivet var i fokus. Dette kan handle om å få fatt i hvilke aktiviteter en pasient ønsker å utføre selv etter en skade eller sykdom, fordi en sykdom eller skade kan føre til at pasienten får redusert fysisk og mental kapasitet i forhold til tidligere. Og ikke minst handler dette om hva pasienten ønsker å bruke sin energi på. Studentene mente derfor det ville være naturlig å gå inn og snakke med pasienten om hvordan han ønsket å prioritere sin hverdag. Gjennom praksisstudier har de også tilegnet seg erfaringskunnskap som gjerne er ervervet under veiledning av en ergoterapeut, men det vil uansett være erfaringskunnskap som studentene har med seg inn i yrkeslivet. Erfaringskunnskap handler om bruk av skjønn og etiske overveielser (Nordtvedt et al., 2012). Dette er tidligere tilegnet kunnskap i forhold til noenlunde samme problemstilling. Dette innebærer å vite hva som kan oppstå som problem samt å ha egne knep for hvordan en slik

situasjon kan løses, altså erfaringer som ergoterapeuten har med hensyn til for eksempel ulike temaer som kommer pasienten til gode.

Når en ergoterapeut jobber med pasienter, er det samspillet person, aktivitet og omgivelser som er i fokus. Det vi må ta utgangspunkt i, er at arbeidsmetoder innenfor faget er basert på forskningskunnskap. Nordtvedt et al. (2012) skriver at helsetjenesten i stor grad baseres på forskningskunnskap. I tilknytning til studentens beskrivelser kan vi si at det de har lært på universitetet i hovedsak er forskningskunnskap, mens brukerkunnskap og erfaringskunnskap læres i praksis.

Det at jeg her har valgt å inkludere disse dataene som handler om det profesjonsspesifikke med ergoterapifaget for å svare på problemstillingen, er for å prøve å skape et helhetsbilde på hvordan vi kan forstå hva ergoterapistudentene selv tenker om egen yrkesutøvelse. Denne delen kan i så måte ses som et bakteppe for den videre diskusjonen, som handler om det å være en del av det tverrfaglige studentteamet.

5.2 Samarbeidet

Samarbeidet handler om samspillet som var rettet mot de andre profesjonene i studentteamet. Her vil jeg presentere en sammendrag av dataene fra *kapittel 4.1.3 Anerkjennelse*, *4.1.4 Se det samme og se forskjellig* og *kapittel 4.1.5 I det tverrfaglige studentteamet*. Hall (2005) påpekte at helsefagstudenter trenger å tilbringe tid sammen med andre for å lære å jobbe sammen på meningsfulle måter.

Det å gå sammen hos pasientene, økte forståelsen for de andre profesjonene. Studentene vektla i sine beskrivelser at de ulike profesjonene hadde forskjellige perspektiver i sine beskrivelser. Studentene hadde både opplevd å ha det samme perspektivet som de andre studentene, men også det å ha ulike perspektiver på en problemstilling. Dette fremsto som en nyttig erfaring for studentene. De ulike profesjonene har ulike kunnskapsbaser, og profesjonene finnes ikke for sin egen skyld (Grimen, 2008). Men som Grimen (2008) skriver, står de «*i visse verdiers tjeneste*» (s. 72). De eksisterer altså for å gjøre en spesifikk jobb. Det betyr at ergoterapifaget har en annen hensikt enn både fysioterapi-, sykepleie- og medisinfaget, men det som vil være en felles kunnskapsbase for alle disse tre er for eksempel kommunikasjon og etikk i møte med pasienter. I den daglige utførelsen av yrket vil det være fremtredende at fagene naturlig nok er veldig

ulike. Dette fører med seg at når profesjonene kommer sammen, vil det være en del ubesvarte spørsmål. Og det at studentene opplever at det å se det samme, altså tenke på det samme i en situasjon, også vil bygge opp erfaringer. Dette vil være erfaringer som studentene tar med seg videre i yrkesutøvelsen, og bygger derfor opp deres erfaringskunnskap. Denne erfaringskunnskapen vil da være knyttet til andre profesjoner, men er allikevel relevant kunnskap i yrkeslivet. Det å oppleve å lære av hverandre, er erfaring som er nyttig å ha. Det fremsto som viktig at studentene opplevde at de både hadde likhetstrekk og forskjeller i forhold til de andre profesjonene de jobbet samme med.

Ergoterapistudentene beskrev at de fikk anerkjennelse fra de andre profesjonene i teamet. Dette var knyttet til ulike situasjoner der de var sammen hos pasienten. Ergoterapistudentene gikk oftest sammen med fysioterapi- og sykepleierstudent hos pasientene, og i slike situasjoner varierte det hvem som ledet an. Studentene beskrev både situasjoner hvor de selv skulle gjøre noe sammen med en pasient, men også andre situasjoner da en av de andre profesjonene hadde ansvaret. Det at de andre profesjonene var nysgjerrige på hva ergoterapistudentene kunne, er ikke noe nytt. Kristensen et al. (2014) fant at ergoterapi var den profesjonen de andre i studentteamet visste minst om, og Jacobsen et al. (2009) beskrev at alle lærte om de andre profesjonene ved å delta i tverrfaglige studentteam. Hylin et al. (2007) dokumenterte at ergoterapistudentene fikk oppleve at de andre studentene ikke visste hva de gjorde.

Studentene fikk også anerkjennelse fra de andre profesjonene i tilknytning til de tverrfaglige møtene som studentteamet hadde sammen. Disse møtene var også en arena hvor studentene fikk spørsmål om hva som var hensikten med ulike tiltak som de gjorde med pasienten. Dette kan ses i sammenheng med at Pelling et al. (2011) fant at alle profesjonene i det tverrfaglige studentteamet hadde økt innsikt om hverandre etter praksis, fordi ergoterapistudentene i denne masteroppgaven beskrev at det var åpent for å stille spørsmål i studentteamet og at det var en trygg arena hvor de fikk utfolde seg samt prøve og feile. Dette fremsto som viktig for studentene.

5.3 Tverrfaglig studentteam som situert læring

Praksisfellesskap slik vi kjenner det fra teorien som situert læring, handler om at flere som er interessert i samme problemstilling kommer sammen. Det kan relateres til det å jobbe rettet mot den samme pasienten, slik studentene har gjort i den tverrfaglige praksisen.

Ergoterapistudentene beskrev at de andre studentene stilte spørsmål om oppgaver som ergoterapistudenten gjorde og valg som de tok. For å være i stand til å svare på slike spørsmål, er det viktig å være bevisst over sin egen kunnskap som ergoterapistudent. Dette gjorde at studentene først måtte bli trygge på sin egen kunnskap før de kunne gå inn i rollen som ergoterapeut i studentteamet. Men i det tverrfaglige studentteamet ble dette to parallelle prosesser. Dette samsvarer til en viss grad med Hylén et al. (2007) og Kristensen et al. (2009), som i sine studier fant at ergoterapifaget var det faget de andre studentene visste minst om. Det er altså forskere som allerede hadde aktualisert denne problemstillingen. I det tverrfaglige studentteamet kan studentene ses som en utenforstående i praksisfellesskapet i starten av praksis. De mangler altså noe av det som gjør dem til en komplett teamarbeider.

Studentene ga uttrykk for at det var viktig at de andre studentene forsto helhetssynet deres. For studentene var det enklest å vise de andre studentene hva de gjorde. Dette gjorde de ved å gå sammen til pasientene. Studentene beskrev at det å bli forstått av de andre studentene i teamet var enklere når de andre var sammen med dem og observerte hos pasientene. Dette kan knyttes til Molander (1996) sin praktiske kunnskap, som handler om kontekst. Videre er det enda mer relevant å knytte dette opp mot taus kunnskap og at vi vet mer enn vi kan si (Polanyi & Ra, 2000) siden studentene syntes det var vanskelig å artikulere faget sitt fordi det lå så selvfølgelig til for dem. For studentene ble altså deres egen profesjon så nær at de ikke visste hvordan de skulle forklare eller beskrive det de gjorde det ligger som kroppslig kunnskap for studentene. Men ved å ha med noen av de andre profesjonene inn til pasientene, kunne de selv observere hva ergoterapistudenten gjorde. Og ved at de andre kunne stille spørsmål i ettertid, ble også ergoterapistudentene mer bevisste på egen kunnskap og hva som skiller de ulike profesjonene.

Studentene fikk god trening i å lære og artikulere sitt eget fag, noe som er viktig for en profesjonsutøver. Det som er viktig å forstå, er at ergoterapistudentene gjennom denne praksisen har økt sin egen forståelse for hva det er deres profesjon representerer. Dette er noe

som også Hylin et al. (2007) og Pelling et al. (2011) har påpekt. Studentene beskrev at de fikk utfordret sin egen presentasjon overfor de andre. Det som var viktig for at studentene skulle mestre dette, handlet om konteksten der de fikk mulighet til å øve på nettopp dette. For studentene fremsto det som viktig at de hadde trygge omgivelser for å prøve og feile. De trengte ikke å streve for å nå opp til de som var ferdigutdannet, og det var lavterskel innad i studentteamet for å blant annet stille spørsmål.

Det som er grunnleggende for å kunne være en god teamarbeider, er at en person er trygg på det han selv står for. For studentene i dette prosjektet handlet dette om at de måtte forstå og artikulere sitt eget fag før de kunne bli en fullverdig deltager i studentteamet som praksisfelleskap. Og anerkjennelsen for egen profesjon fikk studentene ved at de jobbet sammen med de andre. Dette er altså prosessen om legitim perifer deltagelse som gjør at studentene oppnår det som skal til for å bli en fullverdig deltager i *det tverrfaglige studentteamet* – altså bevissthet rundt egen profesjon og å lære å artikulere sitt eget fag.

Situert læring har tidligere blitt kritisert for at det er en ikke-reflekterende innlæring som foregår (Nilsen & Kvale, 1999) og blir da gjerne beskrevet som en form for sosialisering. Dataene som er presentert i denne masteroppgaven og det å se det tverrfaglige studentteamet som et praksisfelleskap er nyttig. Dette fordi det i en slik fase av det å skulle bli en profesjonsutøver, kanskje er nettopp dette studentene trenger – altså å bli bevisst sin egen kunnskap og å lære å samarbeide med andre. De lærer hvordan de skal opptre i et team, og får erfaringer som kan gjøre det lettere for dem å møte yrkeslivet utenfor de trygge praksisrammene som universitet og høyskole har.

5.4 Ergoterapifaget i vekst

Dataene viste at studentene i det tverrfaglige studentteamet fikk vist frem sin profesjon fordi de andre studentene stilte spørsmål om det ergoterapistudentene gjorde. Dette samsvarer med tidligere forskning fra Sverige (Hylin et al., 2007), (Pelling et al., 2011), Danmark (F. Jacobsen et al., 2009), (F. Jacobsen & Lindqvist, 2009) og Norge (Kristensen et al., 2014), fordi disse studiene viste at tverrfaglige studentteam øker studentenes bevissthet rundt egen profesjon. I tillegg viste disse studiene at studentene får større forståelse for hva de andre profesjonene har som sine arbeidsoppgaver.

Det at ergoterapistudenter deltar i tverrfaglige studentteam, ser ut til å kunne ha betydning for ergoterapifaget i en positiv retning. Jeg tenker da på en vekst i faget som skjer ved at ergoterapistudentene er sammen med andre profesjoner i en slik kontekst. Grunnlaget for dette er at ergoterapistudentene får spørsmål om hva de kan og hva de gjør. Studentene beskriver at de opplever å få vist frem sitt fag for de andre i det tverrfaglige studentteamet. For ergoterapifaget er dette en god mulighet med hensyn til å få vist frem faget sitt og bevisstgjøre de andre profesjonene om kunnskapen som ergoterapeuter innehar. Moulineux (2010, s. 17–18) skrev at det finnes like mange definisjoner på hva ergoterapi er som det finnes ergoterapeuter. Det å få mulighet til å vise seg frem i en slik praksis vil derfor kunne være med på å styrke ergoterapifaget. Wilding (2010) påpekte at det er viktig at ergoterapifaget er kjent for andre mennesker, fordi hvis det oppstår et behov hvor ergoterapi kan være relevant, er det noen som vet hvor de skal søke hjelp (Wilding, 2010). Dermed kan det bidra til å øke pasientsikkerheten og effektiviteten i behandlingen at andre profesjoner kjenner til faget og vet hva en ergoterapeut kan.

6 AVSLUTNING

Avslutningsvis i denne masteroppgaven vil jeg oppsummere hovedtrekkene fra det som er presentert tidligere. Problemstillingen som denne masteroppgaven søker svar på er «*Hva er yrkesutøvelse for ergoterapistudentene?*» Jeg vil i det følgende gi et svar på denne problemstillingen og hvordan dette kan forstås.

6.1 Sammendrag av dataene

Dataene som ble presentert i kapittel 4 og diskutert i kapittel 5 viste hva ergoterapistudentene beskrev som egen yrkesutøvelse. Det som studentene beskriver er bygd på erfaringer fra å ha deltatt i det tverrfaglige studentteamet, men også fra den ordinære praksisen ved utdanningen. Som nevnt i introduksjonen, er 75 av 180 studiepoeng ved ergoterapeututdanningen rettet inn mot praksis og ferdighetstrening. Studentene vil gjennom å delta i tverrfaglige studentteam erverve selvstendig kunnskap med hensyn til erfaringskunnskap og brukerkunnskap i kunnskapsbasert praksis, og dette er kunnskap som er nyttig å ha med seg inn i arbeidslivet.

Studentene beskrev at *det beste for pasienten* var målet med å jobbe brukersentrert. Dette kan forstås som et uoversiktlig mål uten konkrete aspekter å ta tak i. Derfor – ut fra det som er presentert tidligere i denne masteroppgaven – kan det tyde på at praksis i et tverrfaglig studentteam utdanner profesjonsutøvere som evner å reflektere over sin egen profesjon og samtidig evner å benytte sin kunnskap sammen med andre profesjoner. Grunnlaget for å kunne utdanne profesjonsutøvere må være nettopp det at de kan kjenne seg sikre i sitt fag og kunne videreformidlet det til andre. Den profesjonsspesifikke kompetansen er det som er særegent for ergoterapifaget, og ergoterapifagets særegenhet er at det er en brukersentrert profesjon.

Den andre delen av dataene er rettet inn mot samarbeidskompetanse, og dermed i retning av generell kunnskap for helseprofesjoner – det som handler om å samarbeide med andre profesjoner, å jobbe sammen inn mot pasienter, lære om andre profesjoner og være en del av et større fellesskap.

Ergoterapistudentene gir uttrykk for at de har lært å samarbeide med de andre profesjonene gjennom det tverrfaglige studentteamet. Meld. St. nr. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd* vektlegger at det skal utdannes helsepersonell som innehar en todelt kompetanse. Idealet er den fagspesifikke profesjonsutøveren som også innehar kompetanse som velferdsarbeider. Det første handler om profesjonsutøveren og at den skal ha «kompetanse til å løse bestemte oppgaver» (s. 45). Dette er nettopp den profesjonsspesifikke kunnskapen som studentene innehar – den kunnskapen som bygger på forsknings-, erfarings- og brukerkunnskap. Men det stortingsmeldingen sier videre, er at denne profesjonsutøveren også skal være en velferdsarbeider «med forståelse for helheten i velferdssystemet og evne til å bruke sin kompetanse i samspill med andre yrkesgrupper for å møte brukernes behov» (s. 45). I alle fall det siste i dette sitatet reflekterer i så måte den kunnskapen som studentene beskriver med hensyn til samarbeid med de andre profesjonene. Når det gjelder forståelse av helheten i velferdssystemet, tenker jeg at dette er en type kunnskap som studentene erverver på ulike arenaer gjennom utdanningen ved universitetet – både gjennom undervisning og praksis, eller en kombinasjon av disse.

6.2 Videre forskning

Det er gjort en god del forskning innenfor det feltet jeg har skrevet om i denne masteroppgaven, altså tverrfaglige studentteam. Det som kunne vært interessant å undersøke ytterligere, er hva studenter som ikke har deltatt i det tverrfaglige studentteamet beskriver som sin yrkesutøvelse – altså om den kunnskapen som blir beskrevet i denne masteroppgaven er unik for de som har deltatt i en slik praksis. Dette er noe som denne masteroppgaven ikke gir svar på. Men det jeg med sikkerhet kan si er i alle fall at ved å delta i en slik praksis, får studentene en bevissthet som gjør at det faller dem naturlig å inkludere både sitt eget fag samt en form for samarbeidskunnskap i beskrivelser av sin egen yrkesutøvelse.

LITTERATURLISTE

- Baptiste, S. (2010). Chapter 12 Enabling communication in a person-centred, occupation-focused context. In M. Curtin, M. Molineux, & J. Supyk-Mellson (Eds.), *Occupational therapy and physical dysfunction : Enabling occupation 6. utgave*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Berg, M. (2010). Hvordan kan vi styrke ergoterapi og utvikle kvaliteten i fagutøvelsen? *Ergoterapeuten*, 53(2), 36-40.
- Brandt, Å., Madsen, A. J., & Peoples, H. (2013). Introduksjon til ergoterapi. In Å. Brandt, A. J. Madsen, & H. Peoples (Eds.), *Basisbog i ergoterapi*. København: Munksgaard.
- Dolva, A.-S., Sveen, U., Bonsaksen, T., Hagby, C., Horghagen, S., Solbakken, A. I., & Thyness, E. M. (2015). Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: del 3. *Ergoterapeuten*, 58(2), 44-49.
- Falk, A. L., Hult, H., Hammar, M., Hopwood, N., & Dahlgren, M. A. (2013). One site fits all? A student ward as a learning practice for interprofessional development. *J Interprof Care*, 27(6), 476-481.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon 2. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Grimen, H. (2008). Kapittel 3 Profesjon og kunnskap. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanks, W. F. (2003). Del I Situert læring, forord av William F. Hanks. In J. Lave & E. Wenger (Eds.), *Situert læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels forlag.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell: Trådt i kraft 1.1.2001*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> 29.9.2015.
- HiST Avdeling for helse- og sosialfag. (2015). Bachelor i ergoterapi 2015H. Retrieved from <https://www.emweb.no/hist/node/28166/les> 15.9.2015
- Hyllin, U., Nyholm, H., Mattiasson, A.-C., & Ponzer, S. (2007). Interprofessional training in clinical practice on a training ward for health care students: A two-year follow-up. *J Interprof Care*, 21(3), 277-288.

- Jacobsen, A., Legarth, K. H., & Sønnichsen, L. H. (2013). Kapittel 4 Aktivitet og deltagelse i forskellige livsfaser. In Å. Brandt, A. J. Madsen, & H. Peoples (Eds.), *Basisbog i ergoterapi*. København: Munksgaard.
- Jacobsen, F., Fink, A. M., Marcussen, V., Larsen, K., & Hansen, T. B. (2009). Interprofessional undergraduate clinical learning: Results from a three year project in a Danish Interprofessional Training Unit. *J Interprof Care*, 23(1), 30-40.
- Jacobsen, F., & Lindqvist, S. (2009). A two-week stay in an Interprofessional Training Unit changes students' attitudes to health professionals. *J Interprof Care*, 23(3), 242-250.
- Jamtvedt, G., & Nordtvedt, M. W. (2008). Kunnskapsbasert ergoterapi - et bidrag til bedre praksis. *Ergoterapeuten*, 51(1), 10-18.
- Jensen, K. (1999). Mellom tradisjon og fornyelse - Introduksjon til den norske utgaven. In K. Nielsen & S. Kvale (Eds.), *Mesterlære: læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Karolinska Institutet. (2015). Interprofessionella lärandemiljöer. Retrieved from <https://internwebben.ki.se/sv/interprofessionella-larandemiljoer> 30.9.2015
- Kielhofner, G. (2010). *Ergoterapi i praksis - det begrepsmæssige grundlag*. København: Munksgaard, Danmark.
- Kjeken, I. (2008). *Canadian Occupational Performance Measure 4. utgave*. Oslo: Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter.
- Kristensen, D. V., Flo, J., & Fagerström, L. (2014). Tverrprofesjonell klinisk praksis for helsefagstudenter som en del av den ordinære praksisperioden. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(1), 83-95.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju 2.utgave*. Oslo: Gyldendal.
- Laberg, T. (2009). Norsk ergoterapeutforbund har valg begrepet kunnskapsbasert ergoterapi. *Ergoterapeuten*, 52(1), 16-17.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lave, J., & Wenger, E. (2003). Del I Situert læring. In J. Lave & E. Wenger (Eds.), *Situert læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels forlag.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Grankär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 13. (2011-2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf> 29.9.2015.
- Meld. St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf> 29.9.2015.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Molineux, M. (2010). Chapter 2 The nature of occupation. In M. Curtin, M. Molineux, & J. Supyk-Mellson (Eds.), *Occupational therapy and physical dysfunction : Enabling occupation 6. utgave*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Ness, N. E. (1999). *Helse gjennom aktivitet - fagprofil og yrkesfunksjoner for ergoterapeuter*. Oslo: Norsk ergoterapeutforbund.
- Ness, N. E. (2006). Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv, et historisk blikk på ideer som påvirker faget. Retrieved from <http://ergoterapeutene.org/Media/Filer/Fag/Ergoterapifagets-aktivitetsperspektiv> 29.9.2015
- Nilsen, K., & Kvale, S. (1999). Del IV Kritiske betraktning. In K. Nilsen & S. Kvale (Eds.), *Mesterlære: læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Nordtvedt, M., & Jamtvedt, G. (2009). Kunnskapsbasert praksis: Engasjerer og provoserer. *Sykepleien*, 97(7), 64-69.
- Nordtvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Norsk ergoterapeutforbund. (2006). Ergoterapeutenes samfunnskontrakt - yrkesrolle og etiske retningslinjer. Retrieved from <http://ergoterapeutene.org/Media/Filer/Organisasjon/Samfunnskontrakt-brosjyre2> 30.3.2015

- Norsk ergoterapeutforbund. (2013). Ergoterapeuters kompetanse. Hva kan og gjør ergoterapeuter? Retrieved from <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse> 2.5.2014
- Norsk ergoterapeutforbund. (2014). Utdanningspolitisk dokument : Norsk ergoterapeutforbunds visjon for kunnskap og kompetanseutvikling. Retrieved from [http://www.ergoterapeutene.org/content/download/79971/286574/file/Utdanningspolitisk dokument, januar 2014.docx](http://www.ergoterapeutene.org/content/download/79971/286574/file/Utdanningspolitisk_dokument,_januar_2014.docx) 13.3.2015
- Norsk ergoterapeutforbund. (u.å.-a). Faget og yrkes historie. Retrieved from <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Fakta-om-ergoterapi/Historie> 13.3.2015
- Norsk ergoterapeutforbund. (u.å.-b). Program : Landsmøteperioden 2015 - 2017. Retrieved from [http://ergoterapeutene.org/content/download/94217/323039/file/Program for landsm%C3%B8teperioden 2014 - 2017 \(web\).pdf](http://ergoterapeutene.org/content/download/94217/323039/file/Program_for_landsm%C3%B8teperioden_2014_-_2017_(web).pdf) 13.3.2015
- NOU. (2011:11). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/nou/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf> 29.9.2015.
- Pelling, S., Kalen, A., Hammar, M., & Wahlström, O. (2011). Preparation for becoming members of health care teams: findings from a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward. *J Interprof Care*, 25(5), 328-332.
- Polanyi, M., & Ra, E. (2000). *Den tause dimensjonen : en innføring i taus kunnskap*. Oslo: Spartacus.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Chichester Wiley-Blackwell.
- Ruebling, I., Pole, D., Breitbach, A. P., Frager, A., Kettenbach, G., Westhus, N., . . . Carlson, J. (2014). A comparison of student attitudes and perceptions before and after an introductory interprofessional education experience. *J Interprof Care*, 28(1), 23-27.
- Raastad, A., & Ergoterapeutenes seniorforum. (2013). *Pionerenes fortellinger : da ergoterapifaget var nytt i Norge*. Oslo: Kolofon.
- St.meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/nou/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> 29.9.2015.

- Sumsion, T. (2010). Chapter 10 The art of person-centred practice. In M. Curtin, M. Molineux, & J. Supyk-Mellson (Eds.), *Occupational therapy and physical dysfunction : Enabling occupation 6. utgave*. Edinburgh: Chrchill Livingstone.
- Södersjukhuset. (2015). KUA : Interprofessionell verksamhetsförlagd utbildning. Retrieved from http://www.sodersjukhuset.se/PageFiles/12842/HT-15_STUDIEGUIDE.pdf?epslanguage=sv 30.9.2015
- Terum, L. I., & Grimen, H. (2009). Kapittel 1 Profesjonsutøvelse - kvalitet og legitimitet. In H. Grimen & L. I. Terum (Eds.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical Education*, 46(1), 58-70.
- Tuntland, H. (2006). *En innføring i ADL : teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- UiT Institutt for helse- og omsorgsfag. (2014). Bachelorprogram i ergoterapi, Fagplan. Retrieved from [https://uit.no/Content/383310/Fagplan ERGO-2014-2017.pdf](https://uit.no/Content/383310/Fagplan_ERGO-2014-2017.pdf) 29.9.2015
- Universitetet i Tromsø. (u.å.). Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis. Retrieved from http://uit.no/prosjekter/prosjekt?p_document_id=349592 2.5.2014
- Universitets- og høyskoleloven. (2005). *Lov om universiteter og høyskoler: Trådt i kraft 1.8.2005*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15> 29.8.2015.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for ergoterapeututdanning*. Retrieved from https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269372-rammeplan_for_ergoterapeut_05.pdf 15.9.2015.
- Wilding, C. (2010). Chapter 1 Defining occupational therapy. In M. Curtin, M. Molineux, & J. Supyk-Mellson (Eds.), *Occupational therapy and physical dysfunction : Enabling occupation 6. utgave*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- World Federation of Occupational Therapists. (2010). Statement on occupational therapy. Retrieved from [http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT ON OCCUPATIONAL THERAPY 300811.pdf](http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT_ON_OCCUPATIONAL_THERAPY_300811.pdf) 30.3.2015

Figurer

Mediesenteret - Høgskolen i Bergen. (2012a). Trinnene i KBP. Retrieved from

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/trinnene-i-kbp/> 15.9.2015

Mediesenteret - Høgskolen i Bergen. (2012b). Kunnskapsbasert praksis. Retrieved from

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/> 15.9.2015

St.meld. nr. 40. (2002-2003). *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer : Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne*. Oslo:

Sosialdepartementet, Retrieved from

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5a8122df4dee44a38beb1ca42698b490/no/pdfs/stm200220030040000dddpdfs.pdf> 29.9.2015

VEDLEGG

VEDLEGG 1: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

VEDLEGG 2: Forespørsel om deltagelse i aksjonsforskningsprosjekt

VEDLEGG 3: Intervjuguide

VEDLEGG 4: Observasjonsguide

VEDLEGG 1: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages 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

Bente Norbye
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 18.07.2013

Vår ref:34695/3/MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.06.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 16.07.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34895	<i>Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglige profesjonsutdanninger</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bente Norbye</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, 31.12.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Wigdis Namtvedt Kvalheim
Knut Kolbjørn

Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48
Vedlegg: Prosjektvurdering

Marte Byrkjeland
Marte Byrkjeland

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TROMSØ: NSD, Norges teknisknaturvitenskapelige universitet, 7401 Tromsøen. Tel: +47-77 59 10 07. kyrra.svanha@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@svt.uib.no

VEDLEGG 2: Forespørsel om deltagelse i aksjonsforskningsprosjekt

Forespørsel om deltagelse i aksjonsforskningsprosjekt

”Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglige profesjonsutdanninger”

Bakgrunn og formål

Tverrprofesjonell samarbeidslæring er en læringsform der studenter fra ulike profesjonsutdanninger lærer sammen og får innsikt i andres kompetanse og dermed også bedre forståelse av sin egen. Rolleforståelse og evne til samhandling er sentrale mål, der studenten skal lære av, om og med hverandre. Kunnskap om egen kompetanse ligger i bunnen for å utvikle forståelse for hva andre profesjoner kan bidra med i en samhandlingssituasjon knyttet til et pasientforløp.

Målet er å legge til rette for at tverrprofesjonell samarbeidslæring kan skje i klinisk praksis. For å få dette til initieres et aksjonsforskningsprosjekt i et samarbeid mellom Det helsevitenskapelige fakultet, UiT og involverte kommuner. Studentene ved fire av profesjonsutdanningene ved fakultetet; medisiner-, ergoterapi-, fysioterapi- og sykepleierutdanningen skal gjennomføre en felles klinisk praksisperiode og samarbeide om pleie- og behandling av brukere av helsetjenesten. Veiledningen av studentene skal også være tverrprofesjonell.

Prosjektet er et aksjonsforskningsprosjekt som er finansiert av Det Helsevitenskapelige Fakultet ved Universitetet i Tromsø. Bente Norbye, førstelektor ved sykepleierutdanningen ved Institutt for helse – og omsorgsfag, er prosjektleder. En PhD – stipendiat vil være knyttet til prosjektet. PhD - stipendiaten vil observere og beskrive utviklingsprosessene og hvilke følger de har for prosjektets målsetting.

Du forespørres om å delta i aksjonsforskningsprosjektet, fordi du veileder / lærer / student ved en enhet som har takket ja til å delta i prosjektet og fordi du inngår i målgruppen for deltakere i prosjektet.

Hva innebærer deltagelse i prosjektet?

For å forbedre utdanningspraksis brukes aksjonsforskning som metode. Aksjonsforskning handler her om hvordan lærere og veiledere i praksis i felleskap kan samarbeide om å tilrettelegge og gjennomføre forbedringsarbeid knyttet til tverrfaglig samarbeidskompetanse for helsefaglige studenter. Ved å arbeide sammen kan lærere og veiledere i praksis utvikle ny kunnskap om hvordan samarbeidslæring kan skje. Alle parter har eierskap til kunnskapen som utvikles.

Aksjonsforskningen er syklisk der hver fase genererer kunnskap som føres tilbake til planleggingen av neste fase. I hver fase gjøres datainnsamling og analyse av prosessene som er satt i gang. Arbeidsformen er logg, seminar og workshop. Slik vil utdanningsinstitusjonen og praksisarenaen i samarbeid få kunnskap om hvordan vi kan legge til rette for og stimulere til tverrfaglig samarbeidslæring i helsetjenesten.

Fokus i datainnsamlingen vil være opplevelser, forståelser og erfaringer gjort i utviklingsprosessen, både hva som har positiv eller negativ betydning i forhold til forbedring av samarbeidslæring. Deltakerne vil skrive logg og delta i workshop og seminarer. Prosjektleder vil gjøre lydopptak av seminarer og workshops.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2016. Etter prosjektslutt vil datamaterialet bli brukt i allmennrettet og vitenskapelig formidling. Det vil bli lagret som lydfiler, og som utskrifter fra disse. Prosjektleder er ansvarlig for at datamaterialet vil bli lagret forsvarlig. Det er kun prosjektleder, prosjektmedlemmene og Phd-stipendiat som vil ha tilgang til lydfilene og utskriftene. Datamaterialet vil bli oppbevart frem til 31.12. 2020. Etter denne dato vil det bli anonymisert.

Frivilligdeltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet, 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. Dersom studenter ikke vil delta i studien eller senere velger å trekke seg, vil dette ikke ha betydning for videre studieprogresjon eller eksamensresultater.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder Bente Norbye (771 71012).

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)

VEDLEGG 3: Intervjuguide

Intervjuguide Tverrfaglig samarbeidslæring

Gruppe (eller individuelt) profesjonsspesifikt før studentene gjennomfører tverrprofesjonell praksis

Introduksjon.

Velkommen

Hensikten med intervjuet er å samle kvalitative data om deres ønsker om å delta i denne type praksis, deres erfaring om samarbeid tidligere i studiet og hvordan dere ser for dere at denne praksis kan erfaring om samarbeid og tverrfaglig samarbeid før dere gjennomfører en tverrprofesjonell praksis. Studentene som skal gjennomføre tverrprofesjonell praksis blir intervjuet, enten i gruppe eller individuelt. Om vi klarer å samle studentene avgjør om intervjuet er individuelt eller i gruppe.

1. Hva gjorde at du meldte din interesse for deltakelse i prosjektet?
 - a. Hvilke forventninger har du til praksis?
 - b. Hva tenker du at du vil lære?
2. Fortell om situasjoner du har vært i (stått i) der samarbeid har vært viktig?
 - a. Hva gjorde du, hva var din funksjon i dette samarbeidet? Hva kunne du gjort annerledes?
 - b. Hva gjorde de andre (i samarbeidet)? Hva kunne de ha gjort annerledes?
3. Hva vet du om de andres ansvarsområde (helseprofesjoner)?
 - a. Hva er det de gjør som ikke du gjør i ditt arbeide?
4. Har du tatt initiativ til samarbeid med andre enn din egen yrkesgruppe?
 - a. Hvorfor/hvorfor ikke?
 - b. Hva skal til for at du tar initiativ til samarbeide med andre yrkesgrupper/helseprofesjoner?
5. Kan du se for deg situasjoner der tverrfaglig samarbeid kan være vanskelig?
 - a. Hva er det som gjør det vanskelig – stereotypier/ språk (terminologi) ansvar/ansvarsfraskrivelse/delegering/
6. Hva kjennetegner en god samarbeidssituasjon?
 - a. Hva skal til for at slike samarbeidssituasjoner kan oppnås?
 - b. Hva er ditt ansvar og hva er andres ansvar?
 - c. Hva skal til for at samarbeidet skal komme pasienten/pårørende til gode?

VEDLEGG 4: Observasjonsguide

Observasjonsguide: Hva er yrkesutøvelse for ergoterapeutstudentene og hvordan kommer de til uttrykk i det tverrfaglige studentteamet?

Jeg er ut etter å observere all kommunikasjon som går til og fra ergoterapeutstudenten i det tverrfaglige teammøtet. Jeg tenker at det er viktig å se på kontekst når det tverrfaglige møtet gjennomføres:

Hvor foregår møtet?

Hvordan plasserer studentene seg i et slikt møte?

Noen som tar en typisk lederposisjon? Sitter ved enden av bordet? Leder møtet?

Samspill:

Når deltar ergostudenten?

Hva deltar ergostudenten med inn i diskusjonen?

Spesielle problemstillinger knyttet til ergoterapi? Hvilke?

Generelle etiske problemstillinger?

Fyller inn der andre mangler kunnskap?

Er ergo en likeverdig deltaker i teamet?

Hvem er opptatt av kommunikasjon med ergo?

Hvem viser interesse for ergo? Hvem stiller spørsmål til ergo?

Hvilke spørsmål?

Handler de om hva man kan gjøre eller spesifikt rettet til arbeidsoppgaver?

Hvordan snakker ergo med de andre om sitt fag?

Hvordan kommuniserer ergo med de andre?

