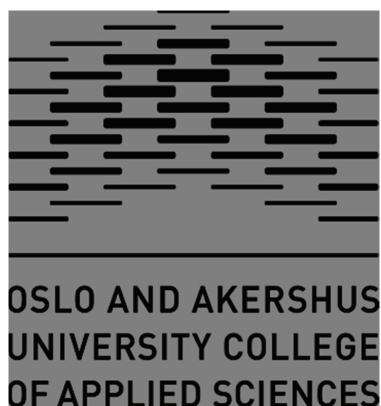


Å krysse fremfor å beskytte grenser

Om ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege- og sykepleierstudenters deltakelse og læring i tverrprofesjonell praksis

Hanne Hagland



Avhandling ph.d
Senter for Profesjonsstudier
Høgskolen i Oslo og Akershus

Høst 2015

CC-BY-SA Høgskolen i Oslo og Akershus

Avhandling 2015 nr 7

ISSN 1893-0476

ISBN 978-82-93208-91-4

<http://www.oda.hio.no>

HiOA,
Læringscenter og bibliotek,
Skriftserien
St. Olavs plass 4,
0130 Oslo,
Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Adresse hjemmeside: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Nettbokhandel>

For elektronisk bestilling klikk Bestille bøker

Opplag trykkes etter behov, aldri utsolgt

Trykket hos Allkopi

Trykket på Multilaser 80 g hvit

Sammendrag

Tema for avhandlingen er studenters møte med og deltakelse i tverrprofesjonell virksomhet i sine praksisstudier. Jeg utforsker hvordan ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege- og sykepleierstudenter lærer ved å delta i tverrprofesjonell praksis. I helseprofesjonsutdanninger er praksisstudier obligatoriske og viktige i utvikling av handling, handlingsgrunnlag og profesjonalitet. Studenters kliniske studier ved sykehus omfatter læring i profesjonenes lokale praksiser. Avhandlingens empiriske utforskning om studenters deltakelse og læring ved praksisstedet gir derfor også innblikk i profesjonenes samhandling og praksis på mikronivå.

I helse- og sykdomsfeltet er kunnskapsutviklingen stor og mangfoldig som følge av økende differensiering og spesialisering. Samtidig innebærer helsepolitiske føringer og forventninger fra pasienter og pårørende at profesjonelle samarbeider slik at deres innsats og kunnskaper samlet former enhetlige pasientforløp. Det er ikke gitt at profesjonelle samarbeider, og samarbeidsproblem blir gjerne knyttet til at profesjoner hegner om sine oppgave- og kunnskapsfelt. Dette står i kontrast til tverrprofesjonell praksis der felles oppgave blir løst ved å forbinde deltakernes bidrag. Profesjonenes oppgaver og kunnskapsbruk ved praksisstedet påvirker studenters oppfatning av hva som er relevant og meningsfylt å lære. Deltakelse og kunnskaper får betydning når de bidrar i forståelse av hva profesjonalitet er, og ikke bare for å kunne løse konkrete oppgaver. Hvordan utvikler og forstår studenter profesjonalitet, og hvordan inngår tverrprofesjonell praksis i deres bilde av fremtidig yrkesutøvelse? Hvordan er den konkrete samhandling mellom profesjonene som studenter møter i sykehus? Hva betyr deltakelse i lokale praksiser i studenters læring? Dette er sentrale spørsmål i avhandlingen.

Det empiriske materiale som er analysert og tolket, er frembragt ved deltakende observasjon, intervjuer med ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege- og sykepleierstudenter samt fokusgruppesamtale med veilederne. Praksisstedene er sykehusposter ved medisinsk seksjon i to sykehus. En post er studenttett, der studenter overtok mange av sin profesjons oppgaver. Det teoretiske tilfanget er hentet fra sosial læringsteori og profesjonsteori. Wengers (1998) sosiale læringsteori om praksisfellesskap er den sentrale analytiske rammen for å belyse hvordan lokal praksis tilrettela for studenters deltakelse og læring. Abbotts (1988) teori om profesjonssystemet gir en analytisk spenning mellom profesjonenes grenser forstått som skillelinjer og grenser forstått som forbindelsesflater (Wenger 1998).

Det var forskjeller i postenes praksis i hvordan pasientens problem og tiltak ble vurdert og fastsatt. Forskjellene knyttes til aktørenes direkte samhandling og bruk av felles redskap. Begrepet grenseobjekt (Star & Griesemer 1989) bidrar i analysene til å tydeliggjøre hvordan elektronisk pasientjournal og felles skjema påvirket samhandling, praksis og studentenes læring. Avhandlingen løfter frem hvordan deltaker- og tingliggjorte forbindelser (Wenger 1998), inklusiv felles redskap, samspiller og former praksis. Deltakerforbindelser var avgjørende i utvikling av tverrprofesjonelle praksisfellesskap og i studentenes læring, de dominerer tverrprofesjonell praksis i Studenttett post. Betydningen av tingliggjorte forbindelser var tydelig i etablert tverrprofesjonell praksis og dominerer i det andre sykehuset.

Ved Studenttett post deltok studentene i utvikling av felles interessefelt om pasienten. Ved å være deltakere i meningsforhandling og meningsdannelse kjeder studentene sammen aktivitet og kunnskaper mellom profesjonene. De danner tverrprofesjonelle deltakerforbindelser og praksisfellesskap. De utvikler tillit til hverandres kunnskap og handling. De engasjerer seg i hverandres praksis, forståelse og læring på tvers av profesjonsgrensene. Legestudentene engasjerer seg lite i postens praksis og skiller seg ut. Til forskjell var samhandlingen om felles interessefelt ved det andre sykehuset preget av effektivitet og innordning. Møtepraksis spiller profesjonenes daglige funksjonsdeling og tillit til hver profesjons ansvarlighet. Dette hemmer studentene i å oppdage og lære hvordan bidrag er forbundet over profesjonsgrensene. De får begrenset innblikk i postens virksomhet og praksis. Studentene tilhører profesjonens studentfellesskap og utvikler ikke tverrprofesjonelle relasjoner. Møtepraksis bidrar til å sosialisere studentene inn i profesjonens ansvarsfelt. I hverdagen er postens tverrprofesjonelle praksis lite synlig i direkte samhandling og fremstår som flerprofesjonell. Dette bildet endrer seg når bruk av elektronisk pasientjournal trekkes inn i analysene. Når de tverrprofesjonelle kompetanseområder trer frem i analysene er postens tverrprofesjonelle praksis tydelig.

Praktiske kunnskaper og synteser (Grimen 2008) er sentrale perspektiv for å forstå tverrprofesjonell praksis. Praktiske synteser innebærer at kunnskapselement blir forbundet på bestemte måter ut i fra hva formålet er. Analysene løfter frem hvordan deltakerne former meningsfulle sammenhenger ved å forbinde praktiske og teoretiske kunnskaper over profesjonsgrensene. Tverrprofesjonelle kompetanseområder er vesentlige for lokal praksis, og for å belyse tverrprofesjonalitet i studenters læring. Det var forskjeller i praksisstedenes tverrprofesjonelle kompetanseområder. Ved Studenttett post var tverrprofesjonell praksis og

kompetanseområder utviklet for å sikre forsvarlig pasientbehandling når studenter overtok, og samtidig skape et inkluderende læringsmiljø. Sentralt var å kunne utvikle enhetlige pasientforløp ved felles vurdering av problem og tiltak. Veiledning og kunnskaper som bidro til studenters mestring, hadde betydning i veiledernes tverrprofesjonelle praksis. Postens praksis og kompetansesystem åpnet for at studenter var nær fullverdige deltakere. Ved det andre sykehuset var formålet å gjøre pasienter mest mulig selvstendige. Dette tvang frem sammenkjedning av profesjonenes kunnskaper, fordi pasientens problem var delt opp og fordelt mellom profesjonene. Tre tverrprofesjonelle kompetanseområder blir eksemplifisert: Forflytning, kognitiv funksjon og svelgeproblem. Hvert av kompetanseområdene forbandt relevante kunnskaper om problemet. For hvert område var det laget et hefte. Alle profesjoner deltok i utvikling av tverrprofesjonelle kompetanseområder og praksis. I utviklingsarbeidet danner de tverrprofesjonelle praksisfellesskap, som muliggjør postens møtepraksis, bruk av skriftliggjøring og profesjonenes funksjonsdeling i hverdagen. Postens kompetansesystem og praksis gjør studentene til svært perifere deltakere. Studenters læring er ikke del av postens felles praksis, og som veiledere er ikke veilederne et tverrprofesjonelt praksisfellesskap.

Flere former for deltakerbaner (Wenger 1998) får frem hvordan praksis i ulik grad åpner for studenters deltakelse og læring. Ved Studenttett post går studentenes deltakerbaner via tverrprofesjonelle praksisfellesskap inn i fremtidig profesjon. Analysene får også frem betydningen av å kunne følge deltakerbaner i profesjonens lokale praksisfellesskap. Det vil si lære å bruke profesjonens handlingsgrunnlag, dokumentasjonsmåte og kriterier for praksis. Deltakerbaner i tverrprofesjonelle praksisfellesskap hjalp studentene ved Studenttett post til å forme fremtidig profesjonalitet som går utover det å mestre konkrete oppgaver. De lærer å krysse profesjongrensene i utvikling av felles ansvarlighet, praksis og handlingsgrunnlag. Å være deltaker i tverrprofesjonelle praksisfellesskap innebærer å krysse profesjongrenser for å utvikle kunnskap og meningsfulle sammenhenger. Studentene ved det andre sykehuset har små muligheter til å følge deltakerbaner inn i tverrprofesjonell praksis. I deres profesjonalitet inngår i mindre grad å utvikle praksis og forståelse ved å forbinde flere profesjoners bidrag.

Abstract

The theme of this thesis is students' meeting and participation in interprofessional practice during their clinical placements. I explore how occupational therapy, physiotherapy, medical and nursing students learn by participating in interprofessional practice. In health professional education clinical placements are compulsory and important in the development of actions and their foundations, and professionalism. Students' clinical placements on the hospital ward include learning the local practices of the various professions. This thesis' empirical research focuses on the students' participation and learning whilst on placement and therefore provides an insight into the professions' interactions and practice on the micro level.

In the health sector, knowledge development is large and broad, due to increased specialisation and diversification. At the same time health policy and the expectations of patient, imply that professionals cooperate in terms of knowledge and contributions, to provide unified patienttrajectories. It is not a given that the professions cooperate, and issues with cooperation are often related to the professions being protective of their knowledge and tasks. In contrast, joint tasks are solved by connecting the contributions of the participants in interprofessional practice. The professions' tasks and use of knowledge on the ward affect students' perception of what is relevant and meaningful to learn. Participation and knowledge are given weight when they contribute to understanding of what professionalism is and not only in solving tasks. How do students develop and understand professionalism, and is interprofessional practice in their image of future practice? What does the interaction between the professions that students meet in the ward look like? What does participation in local practices mean in relation to students' learning? These are the central questions in this thesis.

The empirical material that is analysed and interpreted is, produced through participant observation, interviews with occupational therapy, physiotherapy, medical and nursing students together with focus group interviews with supervisors. Placement locations are wards in two hospitals. One location is student heavy (many students) and the students took over many of their profession's tasks. The conceptual framework uses social learning theory and theory on professions. Wenger's (1998) social learning theory on communities of practice is the central analytical frame to elucidate how local practice facilitate students' participation and learning. Abbot's (1988) theory on the system of professions provides an analytical tension between professional boundaries as dividers and as interfaces (Wenger 1998).

There were differences in the wards' practices in how the patient's problem and management was assessed and determined. The differences are connected to the actors' direct interaction and use of shared tools. The concept of boundary objects (Star & Griesemer 1989) contributes in the analysis to clarify how the electronic patient records and common forms affect the interactions, practice and students' learning. This thesis brings forward how participative and reificative connections (Wenger 1998) including shared tools, interact and form practice. Participative connections were decisive in the development of interprofessional communities of practice and in the students' learning; they dominate interprofessional practice in the student heavy ward. The significance of reificative connections was clear in established interprofessional practice and dominated in the other hospital.

At the student heavy ward the students participated in the development of joint interests in relation to the patient. By participating in the negotiation of meaning, the students link together activity and knowledge between professions. They form interprofessional participative connections and community of practice. They develop trust in each other's knowledge and actions. They engage in each other's practice, understanding and learning across professional boundaries. The medical students' are noticeable in their lack of involvement in the wards' practices. The interaction between joint interests at the other hospital are characterised by alignment and effectivity. Their meeting practices reflect the professions' daily function divisions and trust in each profession's accountability. This hampers the students in learning how contributions are connected across professional boundaries. They get a limited insight into the activity and practice of the ward. The students belong to the student community of their profession and do not develop interprofessional relationships. The meeting practice contributes to the socialisation of students into the profession. The daily interprofessional practice of the ward is less visible in direct interactions and appear multiprofessional. This picture changes when the use of electronic records are considered in the analysis. The interprofessional practices are clear when interprofessional competence areas emerge in the analysis.

Practical knowledge and synthesis (Grimen 2008) were central perspectives in order to understand interprofessional practice. Practical synthesis implies that elements of knowledge are connected in certain ways based on what the aim is. The analysis brings forward how participants create meaningful connections between practical and theoretical knowledge,

crossing professional boundaries. Interprofessional competence areas are essential for local practice, and to elucidate interprofessionality in students learning. There were differences in the wards' interprofessional competence areas. At the student heavy ward interprofessional practice and competence areas were developed to ensure patient security when students took over, as well as to create an inclusive learning environment. The ability to develop unified patient trajectories through joint assessment of the problem and management were crucial. Supervision and knowledge that contributed to students' development had significance in the supervisors' interprofessional practice. The ward's practice and competence system allowed students to be nearly full participants. At the other hospital the goal was for patients to have as much independence as possible. This forced connecting between the professions' knowledge, because the patient's problem were divided amongst the professions. Three interprofessional areas of competence are exemplified: transfers, cognitive function and dysphagia. Each area of competence connected relevant knowledge about the problem. A booklet was created for each area. All of the professions took part in the development of interprofessional competence and practice. During the development they created interprofessional community of practice which enabled their meeting practice, emphasis on written material and the professions' daily functional division. The ward's competence system and practice allow students to only become peripheral participants. Students' learning is not a part of the wards joint practice, and the supervisors are not members in an interprofessional community of practice.

Diverse forms of participation trajectories (Wenger 1998) brings out how practice, in varying degrees, opens for student participation and learning. On the student heavy ward students' trajectories went via an interprofessional community of practice in their future profession. The analysis also brings out the importance of following trajectories in the profession's local community of practice. Learning to use the profession's foundations of action, documentation methods and criteria for practice. On the student heavy ward trajectories in interprofessional community of practice helps the students to form future professionalism that goes beyond mastering concrete tasks. They learn to cross professions' boundaries in development of joint accountabilities, practices and foundations of action. To be a participant in interprofessional community of practice requires the crossing of boundaries to develop knowledge and meaningful connections. The students at the other hospital had few possibilities to follow trajectories in interprofessional practice. In their professionalism practice and understanding are developed in a lesser degree with connecting contributions of the professions.

Forord

Stipendiattiden er over, og mange har bidratt på ulike måter og fortjener takk for at dette ble en lærerik periode for meg. Stor takk til alle som gjorde det mulig å gjennomføre prosjektet. Først og fremst vil jeg takke studentene som lot meg følge dem i deres praksisstudier, og personalet og ikke minst studentenes veilederne ved sykehuspostene. Stor takk til Høgskolen i Oslo og Akershus som ga meg stipend, og til det miljøet rundt doktorgradsprogrammet ved Senter for Profesjonsstudier (SPS).

En særlig takk går til mine veiledere Per Koren Solvang og Jens-Christian Smeby som har vært støttende og tålmodige, men også konstruktive, kritiske og pragmatiske i tilbakemeldinger og samtaler. Jeg vil også takke André Vågan som gjorde et grundig arbeid som sluttleser, og ga verdifulle innspill både i sluttfasen og underveis.

Forskningsgruppen Profesjonskunnskap, kvalifisering og mestring (PKK) har vært viktig i min læring og for mitt forskingsarbeid. Gruppens ledere Finn Daniel Raaen og Jens-Cristian Smeby, har sammen med avdøde Harald Grimen, vært sentrale for å gjøre seminarene i PKK så utbytterike. Takk til deltakerne i PKK- gruppen, ingen nevnt, ingen glemt, for at de delte kunnskaper og synspunkt og viste interesse. SPS ga meg også arbeidsplass på stipendiatloftet i vel et år, skjermet fra hverdagens oppgaver ved Institutt for fysioterapi. Dette gjorde at jeg fikk ta del i senterets inspirerende, gode og hyggelige fagmiljø. Ikke minst takk til Vigdis Berger som med sin stab, har lagt til rette alt det praktiske rundt doktorgradsprogrammet.

Mine gode kollegaer ved Institutt for fysioterapi har også vært støttespillere underveis. Når noen starter på et doktorgradsarbeid, betyr det at andre må ta over arbeidsoppgaver. Takk for deres romslighet kombinert med tro på at avhandlingen skulle komme i havn. En takk går også til Tverrprofesjonelt nettverk, ledet av Gerd Bjørke, for nyttige innspill i særlig i starten av prosjektet. En takk går til Ellen Beate Hellne Halvorsen som på kort varsel leste korrektur.

I denne perioden har familie og venner vært en god støtte å ha. Takk for at dere er der. Karl-Otto, er en klippe å holde fast i, lene seg mot og hente kraft fra. Stor og kjærlig takk til deg og våre barn, Birgitte og Øystein, som har heiet på meg uten å tvile på resultatet. Til mine fem barnebarn som har kommet til oss i denne perioden og beriker våre liv, snart blir det mer lek.

Oslo, 20. juni 2015

Hanne Hagland

Innhold

1.	Introduksjon og avhandlingens forskningsfelt.....	1
1.0	Tema og bakgrunn.....	1
1.0.1	Tverrprofesjonell læring og praksis.....	5
1.1	Forskning i feltet tverrprofesjonell læring og praksis.....	7
1.1.1	Forskning om tverrprofesjonell utdanning.....	7
1.1.2	Forskning om tverrprofesjonelle praksisstudier.....	11
1.1.3.	Forskning om profesjonelles samhandling.....	17
1.1.4.	Forskning i feltet tverrprofesjonell læring og praksis relatert til prosjektet.....	20
1.2.	Studiens problemstilling.....	23
1.3.	Avhandlingens oppbygning.....	24
2.	Teoretiske og analytiske perspektiv.....	26
2.1.	Profesjon og profesjonalitet.....	27
2.1.2.	Profesjoner og kunnskap.....	29
2.1.3	Kunnskap og fler-, tverr- og transprofesjonell praksis.....	34
2.2.	Praksisfellesskap.....	36
2.2.1.	Praksisfellesskap.....	36
2.2.2.	Meningsforhandling og tilhørighet i praksisfellesskap.....	40
2.2.4.	Praksisfellesskap som kompetansesystem.....	45
2.3.	Grenseområder og samhandling.....	47
2.3.1.	Grenser knyttet til profesjon.....	48
2.3.2.	Grenser og praksisfellesskap.....	51
2.3.3.	Deltakelse i grenseområder mellom praksiser.....	53
2.3.4.	Grenseobjekt og deres funksjon.....	55
2.4.	Læring.....	58
2.4.1.	Studentenes deltakerbaner.....	61
2.5	Kort oppsummering – sammensatte teoretiske og analytisk perspektiv.....	64
3.	Metode.....	65
3.1	Forskningsdesign.....	65
3.2	Lokalisering av feltarbeidet og utvalg av deltakerne.....	66
3.2.1	Valg av sykehusavdelinger og profesjonsutdanninger.....	66
3.2.2	Tilgang til feltet.....	67
3.2.3	Rekruttering og utvalget av studenter og veiledere.....	68
3.2.4	Informasjon til personalet og pasienter ved sykehuspostene.....	72

3.3	Generering av det empirisk materiale	72
3.3.1	Feltarbeid.....	72
3.3.1.1	Gjennomføring av feltarbeidet	73
3.3.2	Fokusgruppesamtalene med veilederne.....	80
3.3.2.1	Tema i fokusgruppesamtalene	81
3.3.2.2	Gjennomføring av fokusgruppesamtalene	82
3.3.3.	Intervju med studentene.....	84
3.3.3.1	Møtested og rammer for intervjuene	85
3.3.3.2	Forberedelser til intervjuene	86
3.3.3.3	Gjennomføring av intervjuene.....	87
3.4	Arbeid med feltnotater, transkribering og analyser.....	91
3.4.1	Feltnotatene og innledende analyse.....	91
3.4.2	Transkribering av samtalematerialet og bruk av empiri i fremstillingen.....	93
3.4.3	Videre analyser og tolkning	95
3.5	Etiske overveielser	100
3.6	Prosjektets validitet	104
3.7	Rollen som forsker	107
4.0	Introduksjon til profesjonsutdanningene og sykehuspostene.....	110
4.1	Profesjonsutdanningene	110
4.1.2	Rammeplan, Fagplan og Studieplan	110
4.1.3	Innhold i utdanningene.....	111
4.1.4	Praksisstudier og avdelingstjeneste.....	114
4.2	Sykehuspostene	116
4.2.1	Organisering av profesjonsgruppene.....	117
4.2.2.	Organisering av veiledere og studenter	119
4.2.3	Pasientene	120
4.3	Hverdagen ved praksisstedene.....	121
4.3.1	Tverrfaglige møtefora.....	121
4.3.2	Felles redskap	126
4.3.3	Møter i den enkelte profesjon	130
4.3.4	Postenes fysisk miljø	132
5.0	Samhandling ansikt til ansikt i tverrprofesjonelle møter	133
5.1	Tverrfaglige møter ved Ringen.....	135
5.1.1	Rom og stemning i tverrfaglige fora ved Studenttett post	136
5.1.2.	Utvikling av felles interessefelt - hva skal skje med pasienten.....	138

5.1.3.	Diskusjon om diagnose	140
5.1.4.	Språk og tema åpner og avgrenser for deltakelse.....	145
5.1.5	Fortelling i meningsdannelse og meningsforhandling.....	149
5.1.6	Bruke og forstå begrunnelser for å være deltaker.....	153
5.1.7.	Felles skjema som redskap i felles meningsdannelse og praksis.....	162
5.2.0	Tverrfaglige møter ved Lien	167
5.2.1	Rom og stemning i Tverrfaglig møte ved Lien	167
5.2.2.	Funksjonsdeling som praksis	169
5.2.3	Felles interessefelt med Referatet som mål og middel.....	173
5.2.4	Referatet som forbindelse mellom praksiser	175
5.2.5	Funksjonsskjema som redskap for å kategorisere.....	181
5.2.6	Ubalanse mellom redskap og vurdering skaper meningsforhandling	186
5.2.7	Studentene som observatører i Tverrfaglig møte	188
5.3	Tverrprofesjonell samhandling - foreløpig oppsummering.....	194
6.0	Samhandling og elektronisk pasientjournal.....	199
6.1.	Kort om dokumentasjon i elektronisk pasientjournal	200
6.2.	Skrive for en eller flere profesjoner	202
6.2.1.	Bruke felles språk ved Lien.....	202
6.2.2.	Skrive i profesjonens språk ved Studenttett post.....	204
6.3.	Samhandling via elektronisk pasientjournal eller ansikt til ansikt.....	207
6.3.1	Skriftlig tingliggjøring i felles meningsdannelse ved Lien	207
6.3.2	Deltakerkontakt fremfor skriftliggjøring ved Studenttett post.....	215
6.3.3	Felles meningsdannelse ved Studenttett post	218
6.3.4	Elektronisk pasientjournal og legestudentenes deltakelse	219
6.4	Elektronisk journal som grenseobjekt i profesjonenes samhandling	222
6.4.1	Elektronisk pasientjournal som delt lager.....	222
6.4.2	Pålitelig og flertydig materiale i elektronisk pasientjournal.....	223
6.4.3	Elektronisk pasientjournal som felles referanse for profesjonene	225
6.4.4	Tilpassing av elektronisk pasientjournal til profesjonenes praksis	226
6.4.5	Elektronisk pasientjournal som symbol og modell for praksis og tilhørighet	227
7.0	Bruke og utvikle kunnskaper i tverrprofesjonell praksis	230
7.1	Tverrprofesjonelle kompetanseområder	231
7.1.1	Kompetanseområder ved Studenttett post	231
7.1.2	Kompetanseområder ved Lien.....	236

7.1.3	Tverrprofesjonelle kompetanseområder - oppsummering	244
7.2	Postenes kompetansesystem	247
7.2.1	Kompetansesystem ved Studenttett post	247
7.2.2	Kompetansesystem ved Lien	253
7.2.3	Postenes kompetansesystem – oppsummering	263
7.3	Studentenes deltakelse og læring	265
7.3.1	Studentenes deltakelse og læring ved Studenttett post.....	265
7.3.1.1	Tilhørighet og fellesskap ved Studenttett post	265
7.3.1.2	Deltakerbaner i profesjonens praksis ved Studenttett post	268
7.3.1.3	Deltakerbaner i de andre profesjonenes praksis ved Studenttett post	277
7.3.2	Studentenes deltakelse og læring ved Lien	292
7.3.2.1	Tilhørighet og fellesskap ved Lien.....	292
7.3.2.2	Deltakerbaner i profesjonens praksis ved Lien.....	294
7.3.2.3	Deltakerbaner i og møte med de andre profesjonenes praksis ved Lien	301
7.4	Delta og lære i tverrprofesjonelle praksisfellesskap, oppsummering.....	311
7.4.1	Kompetansesystem og profesjonell utvikling	312
7.4.2	Tverrprofesjonelle kompetanseområder og studentenes deltakelse	316
8.	Tverrprofesjonalitet i studentenes praksisstudier, sammenfatning og diskusjon.....	321
8.1.1	Praktiske kunnskaper i tverrprofesjonell praksis	321
8.1.2	Deltaker og tingliggjorte forbindelser i tverrprofesjonell praksis	325
8.1.3	Studentenes deltakelse og læring.....	332
8.1.4	Tverrprofesjonelle praksisfellesskap og profesjonalitet.....	336
8.2	Avhandlingens bidrag i studentenes praksisstudier og i praksisfeltet.....	340
8.2.1	Videreutvikling av studentenes praksisstudier	341
8.2.1.1	Veiledernes tverrprofesjonelle praksisfellesskap.....	342
8.2.1.2	Innhold i og organisering av praksisstudier	344
8.2.2	Bidrag til praksisfeltet	347
8.3	Områder for videre forskning	349
	Litteraturliste	351
	Vedlegg	371

Oversikt over tabeller

Studenter som deltok i intervju	70
Deltakere i fokusgruppesamtale	70
Ansatte som inngår i materialet	71
Organisering av veiledere og studenter	119
Tverrfaglige møtefora	121-122
Felles redskap i bruk i møtefora	126

Oversikt over eksempler

Eksempel 1	139
Eksempel 2	142
Eksempel 3	146
Eksempel 4	150, 152
Eksempel 5	153
Eksempel 6	162, 165
Eksempel 7	174
Eksempel 8	177
Eksempel 9	182
Eksempel 10	187
Eksempel 11	189
Eksempel 12	219
Eksempel 13	255
Eksempel 14	260
Eksempel 15	281
Eksempel 16	289
Eksempel 17	295
Eksempel 18	298
Eksempel 19	303

1. Introduksjon og avhandlingens forskningsfelt

1.0 Tema og bakgrunn

Tema for denne avhandlingen er tverrprofesjonalitet i helsefagutdanninger, nærmere bestemt i praksisfeltet. Alle som har vært pasient eller stått en pasient nær, forventer at helsepersonell uansett profesjon samarbeider om undersøkelse og behandling. Vi tar for gitt at studenter lærer hvordan profesjonelle samhandler slik at både prosess og resultat blir best mulig for pasienten. Fra pasientenes synsvinkel stemmer ikke alltid deres erfaring fra profesjonenes samarbeid med slike forventninger. Jevnlig dukker det opp saker i media om pasienter som opplever svikt i kommunikasjon og samarbeid når flere profesjoner er involvert. Hvordan er den konkrete samhandling mellom profesjonene som studenter møter i sykehus? Og hva betyr erfaringer fra slik samhandling i studenters utvikling som profesjonelle? Dette er sentrale spørsmål i denne avhandlingen. Hovedhensikten har vært å utvikle kunnskap om hvordan ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege- og sykepleierstudenter lærer ved å delta i tverrprofesjonell praksis utvikler kunnskaper og profesjonalitet. Jeg gjør dette ved å utforske samhandling og praksis ved sykehusposter der studenter har praksisstudier. Ved å gå inn i hvordan deltakerne fra de fire profesjonene samhandler, forhandler og skaper mening, praksis og fellesskap, belyser avhandlingen hvordan tverrprofesjonell praksis er mer enn å koordinere profesjoners aktivitet i pasientarbeidet. Søkelyset rettes mot sammenhenger mellom studenters læring og de praksiser og fellesskap som utspiller seg i hverdagen ved postene. Avhandlingen bruker praksisfellesskap (Wenger 1998) som teoretisk ramme for å belyse tverrprofesjonell praksis og læring. Det empiriske materiale er generert ved deltakende observasjon i sykehusposter, intervju med studenter og fokusgruppesamtale med veiledere.

I helse- og sykdomsfeltet er det en stor og mangfoldig kunnskapsutvikling som følge av økende differensiering og spesialisering. I helsepolitiske debatter internasjonalt og nasjonalt er et tilbakevendende tema bedre kvalitet og samordning av helsetjenestene (Meld.St.16 (2010-11) 2011; Meld.St.10 (2012-13) 2012). I debatten inngår forventninger om at pasienter og deres pårørende får best mulig og sammenhengende oppfølging i hele forløpet. Med andre ord er det forventet at utøvere fra ulike profesjoner samarbeider om hvordan deres bidrag samlet inngår i pasientforløpet. Dette gjelder ikke minst helsehjelp til personer som har langvarige lidelser, flere sykdommer og sammensatte problemstillinger (St.meld.21(1998-99)1999). Bildet forsterkes av en voksende eldrebefolkning, og av at sammensatte og kroniske plager kjennetegner eldres sykdom (Meld.St.29 (2012-13) 2012). Fra ulike kanter i

verden er det vist at når profesjoners samarbeid ikke fungerer, kan pasientsikkerheten komme i fare (Kohn, Corrigan & Donaldson 2000; Kennedy 2001; Walshe & Offen 2001; Schmidt & Svarstad 2002; Baker, Gustafson, Beaubien, Salas & Barach 2005). Det er ikke gitt at profesjonelle samarbeider, og samarbeidsproblem blir gjerne knyttet til at profesjoner har avgrensede oppgaver og hindrer andre innblikk i arbeidet (Hugman 2003; Repstad 2004; Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein 2010; Willumsen 2009). Et spørsmål er hvordan studenter lærer å samarbeide over profesjonsgrensene i praksisfeltet.

I Norge finner vi visjoner om enhetlig, koordinerte og sammenhengende helsetjenester i en mengde offentlig dokumenter i de siste tiår. De tar for seg helsetjenesten som helhet eller enkelte sider som forebyggende, behandlende og rehabiliterende virksomhet. En av de siste er Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-09) 2009), der fokus er helhetlige pasientforløp i helse- og sosialtjenesten. Det blir pekt på at god samhandling avhenger av at aktørene utvikler felles forståelse av hva som er gode forløp for pasienten. Målet er en kultur i helsetjenesten der faglige og organisatoriske aktører ser sine bidrag som del av et samlet pasientforløp. For profesjonelle innebærer dette plikt til å se utover sine faglige rammer for å forstå pasientens situasjon. NOU 2005:3 (2005) peker også på betydningen av at yrkesgrupper samarbeider for å realisere målene for helsetjenesten. Utvalget foreslo at alle helsefagutdanninger skulle ta inn samarbeid i studiene. Videre pekte utvalget på utøvernes potensiale for å lære av hverandre, utvikle felles holdninger og forbedre relasjonene. De viste til at samarbeid er utilstrekkelig vektet både i utdanning og kunnskapsutvikling. Helhetlige pasientforløp, tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling er blant annet vektlagt i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-15) (Meld.St.16 (2010-11) 2011), God kvalitet- trygge tjenester (Meld.St.10 (2012-13) 2012) og Morgendagens omsorg (Meld.St.29 (2012-13) 2012).

Kunnskapsdepartementet har i arbeidet med profesjonsutdanninger også omtalt behovet for samarbeid og samordning i helse- og sosialtjenestene. I 1972 ble det foreslått et felles første studieår for helse- og sosialfagutdanninger (NOU1972: 23). Dette forslaget møtte kraftig motbør blant annet fra profesjonenes organisasjoner, og ble aldri realisert. I 1998 kom en felles innholdsdel inn i Rammeplanene for 3-årige profesjonsutdanninger i helse- og sosialsektoren. En hensikt var at kandidatene skulle ha kunnskap om og være innstilt på å samarbeide med andre profesjoners medlemmer. Det kan se ut til at denne hensikt ikke er nådd, siden mål og behov for å få til samarbeid og samhandling om felles pasienter, stadig er

et aktuelt tema. Fortsatt er samhandlingskompetanse en utfordring i profesjonsutdanningene (Meld.St.13 (2011-12) 2012; Meld.St.10 (2012-13) 2012; Kårstein & Caspersen 2014). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-15) (Meld.St.16 (2010-11) 2011) peker på at flere helseutdanninger dels har felles teoretisk grunnlag, mens praksisstudiene er profesjonsvise. Samhandlingskompetanse blir knyttet til kjennskap om hva andre yrkesgrupper gjør, felles kunnskapsgrunnlag, møteplasser og læringsarenaer i utdanningene. Det blir vist til betydningen av at praksisstudier skjer i tilrettelagte og stimulerende læringsmiljø. Samarbeid mellom profesjonene er også tydelige i overnasjonale planer. World Health Organization (WHO) vil gjerne endre hvordan helsearbeidere tenker om og samhandler med hverandre. Et ønsket resultat er å forandre utøvernes «*working culture*» - arbeidskultur. WHO mener at disse endringer tjener samfunnet og forbedrer utøvernes arbeidsliv (WHO 2010:22). Det blir foreslått en tverrprofesjonell praksis, der team avgjør mål og planer for behandling. Dette skal føre til jevnere fordeling av oppgaver og ressurser mellom aktørene. Videre vil slike endringer stille krav til informasjonssystem og strukturerte prosesser for kommunikasjon og konfliktløsning (WHO 2010:29). Disse skisserte kulturendringer handler om mer enn samarbeid, samarbeidsform og -parter. For profesjonelle betyr WHO's forslag utvikling av lokal tverrprofesjonell praksis. Dette innebærer forhandling om hva som er felles virksomhet, ressurser og redskap, og hvordan de skal utvikle fellesskap og felles praksis. Det vil si at tverrprofesjonell praksis også omfatter tverrprofesjonell læring.

Et spørsmål blir hvordan studenter utvikler og forstår profesjonalitet, og om tverrprofesjonell praksis inngår i deres bilde av fremtidige yrkesutøvelse. Formålet for profesjonsutdanninger er både å sertifisere for et spesifikt yrke og kvalifisere til yrkesutøvelse (Smeby 2008). I helsefagutdanninger er praksisstudier obligatorisk, og studenter er i feltet i flere perioder. Praksisstudier er viktig i studenters utvikling av handling, handlingsgrunnlag og profesjonstilhørighet (Billett 2010; Billett & Henderson 2011; Eraut 2010; Nygren 2004). I praksisfeltet blir studenters forventning til yrkesutøvelse, profesjonens kunnskapsfelt og funksjon konfrontert med forventninger fra pasienter, egen og andres profesjon, praksissted og helsepolitiske føringer. Studenters mål er å bli profesjonsutøver, og de forventer å lære kunnskap og ferdighet i profesjonens kjerneområder (Heggen 2010). Andre sider handler om profesjonens rolle og ansvarsfelt. I sykehus er kartlegging, diagnostisering og behandling resultat av flere aktørers bidrag og samhandling. Slik samhandling kan være sammenfallende og motstridende med studenters forventning til profesjonen og fremtidig virke. Implisitt er

allmenne og normative forestillinger om profesjonens funksjon, betydning og mulighet for selvstendig vurdering og kontroll i arbeidet for pasientens beste. Selv om erfaring fra praksisfeltet er en sentral faktor i læring og profesjonell utvikling (Heggen 2008; Billett & Henderson 2011), kan dette ikke forstås dithen at kunnskaper, ferdigheter og verdier som studenter lærer ved utdanningsinstitusjonen er mindre viktig. Avgjørende i utvikling av kunnskap og identitet er hva studenter opplever som relevant og meningsfylt (Heggen 2010:71-2; Hatlevik 2014). I praksisstudiet får kunnskap verdi når disse bidrar i studentens meningsdannelse om hva profesjonalitet er, og ikke bare som bidrag for å mestre konkrete oppgaver. Det vil si at erfaringer som gjør studenter til deltakere i den lokale praksis, er del av deres profesjonalisering (Nielsen & Kvale 1999:246). Profesjonenes oppgaver og ansvarsfelt ved praksisstedet vil påvirke studenters oppfatning av hva som er relevant å lære. Dette gjør at utforskning om studenters deltakelse og læring er knyttet til spørsmål om hva lokal praksis er.

I praksisstudiet kan studenter møte nye situasjoner og problemstillinger som gjør dem utrygge (Cope, Cuthbertson & Stoddart 2000; Nolan 1998; Krejsler 2005). Flere har vist at det er utfordrende for studenter å gå fra utdanning til praksisfeltet og arbeidslivet (se eks. Billett & Henderson 2011; Eraut 1994, 2004c; Heggen 2010:68; Fauske, Kollstad, Nilsen, Nygren & Skårderud 2006; Smeby 2008; Tuomi-Gröhn & Engeström 2003). For studenter er læring ved høyskole/universitet og i praksisfeltet to ulike praksisformer (Hatlevik 2014). Dette viser at grenser mellom ulike praksiser kan være barrierer i læring (Wenger 2007:74). Men grenser er også å forstå som møte med noe nytt og annerledes, som kan åpne for flere perspektiv og stimulere til utvikling (ibid.). I studier av studenters læring er grenser mellom praksissted og utdanningsinstitusjon ofte fokus (Akkerman & Bakker 2011), men de er ikke sentrale i dette prosjekt. Jeg retter blikket mot læring i grenseområder der aktivitet og perspektiv fra flere profesjoner møtes i praksisfeltet. Idealtypen av profesjoner har i kraft av sin kunnskap enerett til arbeids- og kunnskapsfelt (Abbott 1988:52-). Grenser mellom profesjoners jurisdiksjoner markerer deres fordeling av spesifikke oppgaver. Ved praksisstedet kan profesjonens lokale ansvars- og oppgavefelt avgrense studenters læring til profesjonens aktivitet og perspektiv. En slik modell er med å bevare profesjonenes jurisdiksjoner og arbeidsfordeling, og er et middel for profesjonen til å kontrollere sitt kunnskapsfelt (Abbott 1988:86-). Wenger (1998:103-) peker også på at grenser er opphav til misforståelser, uenighet og konflikt, og at aktørenes ulikhet kan hemme samarbeid og skape kommunikasjonsproblem. Men grenser er også kontakt- og kommunikasjonsflater som kan fremme koordinering, forbindelser, samarbeid og

utvikling. Pasientarbeid i sykehus skjer i et samspill mellom flere personers og profesjoners aktivitet, kunnskaper og verdier. I pasientarbeidet møter studenter sin og andre profesjoners ansvars-, oppgave- og kunnskapsfelt. Med andre ord åpner praksisstudiet for møte med flere praksiser, fellesskap og tilhørende grenser. Et spørsmål er hva samhandling og praksis i disse grenseområdene betyr i studenters utvikling av kunnskaper og fremtidig profesjonalitet.

1.0.1 Tverrprofesjonell læring og praksis

Internasjonalt blir tre hovedtyper av betegnelser brukt om praksis og læring der aktørene har ulik profesjonsbakgrunn; *multiprofesjonell*, *interprofesjonell* og *transprofesjonell* (Barr, Koppel, Reeves, Hammick & Freeth 2005; Lavin, Ruebling, Banks et al 2001; Leathard 2003; Willumsen 2009). I Norge er de tilsvarende benevnelser *flerprofesjonell*, *tverrprofesjonell* og *trans-fellesprofesjonell*. I yrkesfeltet er det vanlig å bruke tverrfaglig synonymt med tverrprofesjonell, og det blir heller ikke skilt mellom flerfaglig og flerprofesjonell (Lauvås & Lauvås 2004). To internasjonale litteraturgjennomganger viser at både tverr-, fler- og transprofesjonell blir brukt om profesjoners felles praksis, og at også læring og praksis brukt om hverandre (Goldmann, Zwarenstein, Bhattacharyya & Reeves 2009; Reeves, Goldman, Burton & Sawatzky-Girling 2010; Thistlethwaite & Moran 2010).

Forstavelen *fler-* viser til koordinering av aktørers selvstendige bidrag. Flerprofesjonell praksis betyr at de arbeider sin del av felles oppgave og/eller utveksler informasjon mellom profesjonene (D'Amour & Oandasan 2005; Leathard 2003). Flerprofesjonell læring vil passe med tradisjonelle modeller for praksisstudier, der fokus er å lære profesjonsspesifikke kunnskaper (Clark 2006; Hall & Weaver 2001). Utdanningen utformer studieforløpet og avgjør når studenter er i hvilke praksisfelt. Dette gjør at et praksissted kan ha studenter fra en eller flere profesjoner samtidig, mens profesjonene har adskilte opplegg i praksisperioden (Henderson & Alexander 2011). Flerprofesjonell praksis gjør at virke og læring i profesjonen skjer uavhengig av andre profesjoner, og at pasienter drar nytte av hver profesjons kunnskap. Forstavelen *tverr-* viser til at deltakerne arbeider tett sammen om oppgaven og har felles mål. I tverrprofesjonell praksis arbeider personer fra ulike profesjoner tett sammen om felles problemløsning og bruker hverandres bidrag for å optimalisere behandling og omsorg som kan innebære læring (D'Amour & Oandasan 2005; Freeth, Hammick, Reeves, Koppel & Barr 2005; Leathard 2003; Oandasan & Reeves 2005; Willumsen 2009). I tillegg til at aktørene samarbeider om å løse oppgaver, gjør tverrprofesjonell praksis også at deltakerne lærer fra

hverandre (Ashcroft & Meads 2005; Barr et al. 2005). Tverrprofesjonell læring er resultat av utdanning/hendelser der personer fra to eller flere profesjoner lærer med, fra og om hverandre for å bedre kvalitet og samarbeid i pasientarbeid (Centre for Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) 1997; Barr et al. 2005: xvii; Clark 2006; D'Amour & Oandasan 2005; Leathard 1994). I avhandlingen har jeg lagt denne forståelse av tverrprofesjonell læring og praksis til grunn. Tverrprofesjonell læring i praksisstudiet er en modell som tilrettelegger for studenters læring over profesjongrensene. Det betyr ikke at alle deltar i all aktivitet og har samme gjøremål, men at praksisstedet tilrettelegger for å få frem og skape sammenheng mellom profesjonenes bidrag. Et formål for tverrprofesjonelle utdanningsopplegg er knyttet sammen profesjonenes studieforløp (Areskog 2009; Bligh & Parsell 1999; McNair 2005).

Den tredje forstavelsen *trans-/felles-* viser til en integrert arbeidsform der aktørene har felles mål og oppgave samt at de delvis løser samme deloppgaver. Transprofesjonell praksis gjør at profesjonelle ikke bare bruker hverandres bidrag, men at de også kan overta oppgaver og utføre gjøremål for andre (D'Amour & Oandasan 2005; Leathard 2003; Payne 2000; Thylefors, Persson & Hellström 2005; Willumsen 2009). Pasienter som trenger hjelp fra flere profesjoner, må forholde seg til mange personer. Derfor kan transprofesjonell praksis fremstå og oppleves rasjonelt for pasienter. Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-09) 2009) eller WHO (2010) bruker ikke begrepet profesjon, og dette kan tolkes som et ønske om å utvikle generalister. Transprofesjonell praksis og læring passer i en slik modell, men kan også tolkes som deprofesjonalisering. Det vil si at profesjongrenser viskes ut til fordel for aktører som dekker flere profesjoners oppgaver. Smale spesialistfelt kan forstås som transprofesjonell praksis. Smerteklinikker er et eksempel, der flere profesjoner er med å kartlegge, behandle og forske. Intensivbehandling er et annet spesialistområde som er utviklet i flere yrkesgrupper.

D'Amour og Oandasan (2005) bruker *tverrprofesjonalitet* om praksis der utøvere fra ulike profesjoner utvikler samhandlings- og arbeidsmåter for å møte pasienters behov for integrerte og sammenhengende behandlingsforløp. Dette betyr ikke oppløsning av forskjeller mellom profesjonene, men at deres grenser blir mer åpne. Videre vil ikke den enkelte profesjons grunnlag være tilstrekkelig for å kunne optimalisere pasientbehandlingen (Barr et al. 2005). Et kjennetegn ved profesjonelle er at de har en form for kunnskap, ferdighet og holdning som gjør at de kan bruke skjønn og selv kan kontrollere arbeidet (Freidson 2001). Dette betyr at hva som er god praksis i profesjonens ansvarsfelt, blir vurdert ut fra profesjonens kunnskaps-

og verdigrunnlag. Profesjonens kunnskapsbase gir grunnlag for jurisdiksjon for spesifikke oppgaver og profesjonenes fordeling av oppgave- og arbeidsfelt (Abbott 1988). Deres arbeidsdeling kan stå i et spenningsforhold til tverrprofesjonell praksis hvis denne reduserer autonomi i bruk og utvikling av kunnskap innen profesjonens jurisdiksjon. Formålet for profesjoner er å bruke kunnskap for å løse praktiske problem til brukeres beste (Molander & Terum 2008:20). Profesjonelles bruk av kunnskaper i konkret problemløsning har tre grunnelement: definere problem, vurdere og (be-)handle (Abbott 1988:40-). Disse tre element er tydelige i kjerneaktiviteten for mange sykehusansatte. Helsepersonell er også avhengige av andres bidrag, fordi kompleksitet og mangfold i kunnskapstilfanget gir økt spesialisering og differensiering. Jeg utforsker tverrprofesjonell praksis og læring på mikronivå, slik praksis utspiller seg mellom aktører fra ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege- og sykepleierprofesjonen. Et spørsmål er hvordan praksis forbinder oppgaver og kunnskaper over profesjongrensene.

1.1 Forskning i feltet tverrprofesjonell læring og praksis

Forskning om studenters praksisstudier i sykehus og særlig studier som belyser deres læring i tverrprofesjonell virksomhet, gir en ramme for hva jeg utforsker og hvordan. Forskning som belyser samhandling om å fastsette og vurdere problem og tiltak for pasienter bidrar også til å plassere prosjektet i forskningsfeltet. I dette avsnittet presenterer jeg forskning der tema og tilnærming er knyttet til tverrprofesjonell læring og praksis. Deretter relaterer jeg denne forskning til prosjektet. Jeg har valgt ut studier som gir innblikk i tematikk i forskningsfeltet som har inspirert og gir sammenlikningsgrunnlag for min utforskning. Intensjonen er derfor ikke å gi en fullstendig gjennomgang av all relevant forskning som foreligger. Internasjonalt er det en rekke prosjekt der temaet er tverrprofesjonell utdanning. Deler av denne forskning gjelder praksisstudier i grunnutdanning. Organisering av helsetjenesten i Norden har flere felles trekk, og gjør nordiske bidrag interessante for mitt prosjekt.

1.1.1 Forskning om tverrprofesjonell utdanning

Utforskning av tverrprofesjonelle praksisstudier inngår i forskningsfeltet tverrprofesjonell utdanning. Omfattende, systematiske gjennomganger av forskning i tverrprofesjonell utdanning er gjort av flere internasjonale forskergrupper. Sentralt i arbeidet er Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) og tilhørende nettverk som har laget grundige overblikk av forskningsfeltet. CAIPE utgir Journal of Interprofessional Care. Her presenterer jeg hovedtrekk i dette forskningsfelt som er med å ramme inn mitt prosjekt.

I sin gjennomgang av tverrprofesjonell utdanning fant Cooper, Carlisle, Gibbs & Watkins (2001) at 30 av 141 studier møtte de metodiske kvalitetskrav. De 30 studiene hadde mest evalueringsdata og lite forskningsdata. Funnene indikerer at studenter har utbytte av tverrprofesjonelle studieopplegg. Forskerne peker på at lærings- og psykologisk teori i liten grad er trukket inn. Hall og Weaver (2001) konkluderer med at det er mange ubesvarte spørsmål knyttet til tverrprofesjonell utdanning. I litteraturgjennomgangen fant de uklare indikasjoner på hvem som skal delta i felles læringsaktiviteter og når i studieforløpet, samt hvilken pedagogikk som er egnet. Evaluering av utdanningsopplegg preget dokumentasjonen. De etterlyser forskning som bruker læringsteorier, og som sammenlikner tverrprofesjonell og tradisjonell læringsaktivitet.

En bred gjennomgang av forskning om tverrprofesjonell utdanning i helse- og sosialfag lokaliserte 353 studier (Freeth, Hammick, Reeves, Koppel & Barr 2005). 107 av disse ble analysert etter vurdering av forskningsmetodene. Halvdelen av studiene gjaldt USA, en tredjedel var fra UK. For 50% av studiene var målet å forberede personer til samarbeid. Målet for 40 % av studiene var å forbedre praksis, hensikten for resten var bedre samarbeidskultur. Studiene var jevnt fordelt på kommuner og sykehus. Vel 20 studier gjaldt grunnutdanning. Forskerne fant at felles utdanning var kort og mindre enn en uke for halvparten. Videre at teoretiske perspektiv i liten grad er brukt i forskningsarbeidet.

Zwarenstein og Reeves (2006) oppsummerte de systematiske forskningsgjennomgangene om effekt av tverrprofesjonell utdanning og samarbeid. Ingen effektstudier av tverrprofesjonell utdanning ble funnet. 14 studier om intervensjon i tverrprofesjonelt samarbeid oppfylte inkluderingskriteriene, hvorav ni studier viste god effekt og fem ingen effekt. De fant lite forskning om overføring av forskningsresultat til tverrprofesjonelle kontekster. Forskerne peker på at samspillet i virksomheten, gjør at et forhold rettet inn mot en profesjon, også kan påvirke de andre. De konkluderte med at tverrprofesjonell læring er sammensatt og ikke lar seg måle i randomiserte og kontrollerte forsøk. De fant det vanskelig å lage en samlet metaanalyse fordi forskningsprosjektene var så ulike.

I 2007 gjorde Hammick, Freeth, Reeves, Koppel og Barr en ny, omfattende gjennomgang av evalueringer av tverrprofesjonelle utdanningsopplegg i helse- og sosialfag fra 1981-2005. Av 399 studier om tverrprofesjonell læring, var 21 metodisk så sterke at de ble analysert. Av

disse gjaldt 14 prosjekt grunnutdanning, der fire gjaldt praksisstudier. Det eneste nordiske prosjektet var Ponzer et al. (2004) som utforsket praksisstudier i Stockholm. Hammick et al. (2007) konkluderer med at tverrprofesjonell undervisning generelt er godt likt og åpner for å lære samarbeid. De kan ikke si om oppleggene virket positivt på studenters holdning til andre profesjoner fordi funnene sprikte for mye. Tendensen er at lærere/veiledere har nøkkelroller for studenters læringsutbyttet og påvirker deres syn på verdien av profesjonenes bidrag. Forskerne fant best læringsresultat for undervisningsopplegg som speiler reell yrkesutøvelse. Videre at tverrprofesjonell undervisning kan bidra til bedre kvalitet i praksis og tjenestene.

Reeves, Zwarenstein, Goldman, Barr, Freeth, Koppel og Hammick (2010) gjorde en ny systematisk gjennomgang om dokumentert utbytte av tverrprofesjonell utdanning. De inkluderte en Cochrane review (Reeves, Zwarenstein et al. 2008). De fant ingen studier som sammenlignet utbyttet av tverrprofesjonelle og profesjonsvise utdanningsopplegg. Forskerne lokaliserte 181 studier, der kvaliteten gjorde at de vurderte 56. Kontrollgrupper var brukt i 6 studier for å evaluere utbyttet av en- og tverrprofesjonelle intervensjoner. Disse studier gjaldt yrkesutøvelse hvorav fire studier viste positiv endring i samarbeidet. Formål og intervensjon i utdanningsoppleggene sprikte, og forskerne konkluderer derfor ikke med hva som gir best resultat. De kunne heller ikke si noe om hvordan tverrprofesjonell undervisning gir endring fordi kvalitative undersøkelser manglet. Dette gjør at forskerne ikke kan sammenligne betydninger av tverrprofesjonelle element og andre sider i intervensjonene. Deres konklusjon er at forskingen har bidratt lite til å forstå tverrprofesjonell læring. Grunnen er heterogeniteten i tverrprofesjonell utdanning og praksis samt forskningsmetodiske begrensninger. Forskerne ser behov for forskning om ulike tverrprofesjonelle undervisningsformer inkludert bruk av nyere kommunikasjonsmiddel. De etterlyser kvantitative og kvalitative studier som kan gi kunnskap om tverrprofesjonell læring. De peker på at det foreligger lite empiri om endring i profesjoners samarbeid om behandling og om konsekvenser av slik endring for pasienter. Ti år tidligere i en tilsvarende gjennomgang fant heller ikke forskerne dokumentasjon for at tverrprofesjonell undervisning resulterte i bedre samarbeid (Zwarenstein et al. 1999).

Store deler av forskningen om tverrprofesjonelle utdanningsopplegg har fokus på studenters holdning til sin og andre profesjoner, deres medlemmer og roller. Forskere fra flere land har utviklet og brukt spørreskjema for å måle studenters holdninger til samarbeid og stereotypier av profesjoner (f. eks. Carpenter 1995; Lindqvist, Duncan, Shepstone, Parsell & Bligh 1999;

Watts & Pearce 2005b). Forskningsresultater viser at helsefagstudenter har stereotypier av profesjoner tidlig i studiet og også før studiestart (Hall 2005; Hansson, Foldevi & Mattsson 2010; Hean, Clark, Adams & Humphris 2006a; Lindqvist, Duncan et al 2005a; Mandy, Milton & Mandy 2004; McFadyen, Webster, Maclaren & O'Neill 2010; Parsell & Bligh 1998; Reeves & Lewin 2004; Rudland & Mires 2005; Tunstall-Pedoe, Rink & Hilton 2003). I all hovedsak er dette kvantitative studier. Gjennomgående funn er at tverrprofesjonell undervisning påvirker og endrer studenters oppfatning av profesjoner og deres funksjon. Hind og flere (2003) fant at de som er positivt innstilt til sin profesjon ved studiestart, også er positive til andre profesjoner. Negativ innstilling omfatter både til sin og andre profesjoner. Videre fant de at studenter med tydelig profesjonell identitet også er mest positive til tverrprofesjonell læring. Flere prosjekt med fokus på studenters holdninger er knyttet til tverrprofesjonelle treningsposter (Fallsberg & Wijma 1999; Freeth al. 2001; Jacobsen & Lindqvist 2009; Lidskog, Löfmark & Ahlström 2007, 2008; Ponzer et al. 2004; Reeves & Freeth 2002, Reeves, Freeth, McCrorie & Perry 2002). Det viser seg at korte praksisperioder ved treningsposter påvirker studenters oppfatning av profesjonene i positiv retning.

I Norge foreligger en komparativ kvantitativ undersøkelse om helsefagstudenter som fulgte/ ikke fulgte felles undervisning i Rammeplanenes fellesdel (Almås 2007). Bioingeniør-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf- og sykepleierstudenter fra 4 høyskoler var inkludert. Almås fant at det først får betydning for læring når læringsformer innebar interaksjon mellom profesjoner. Betydning har også varigheten av felles opplegg. Studenter satt pris på kjennskap om andre profesjoner. De som fulgte felles undervisning, er mer positive til tverrprofesjonelt samarbeid. Almås sammenlignet også ergo- og fysioterapeutstudenter i Bergen og Stockholm. Hun fant da at lang erfaring fra helsetjenesten før studiestart gjør at studenter vurderer begge profesjoners kompetanse som bred, mens de yngre fra Bergen mente at kompetansen var smal

Oppsummert viser gjennomgangene at forskningsfokus ofte er evaluering av utdanning der formålet er å fremme tverrprofesjonelt samarbeid. En rekke studier er knyttet til endring av studenters innstilling til profesjonene. Gjennomgående viser det seg at studenter liker å delta i tverrprofesjonelle utdanningsopplegg, og at de blir mer positive til hverandres profesjoner. Et annet trekk er at teoretiske perspektiv i liten grad er brukt i prosjektene. Videre er kvaliteten i forskningsmetodene variabel. Det foreligger svært lite forskningsresultat fra Norge.

1.1.2 Forskning om tverrprofesjonelle praksisstudier

Det har vært vanskelig å finne norske forskningsresultat om tverrprofesjonelle læring i sykehus for ergoterapeut-, fysioterapeut-, sykepleier- og legestudenter (se eks. Bjørke 2012; Willumsen 2009:206, 2014:13). Nordisk Institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) fant i litteraturgjennomgangen av praksis i helse- og sosialfagutdanninger i Norge lite forskning om tverrprofesjonelle praksisstudier (Kårstein & Kaspersen 2014). Stort sett omfatter min presentasjon studier fra andre europeiske land. Jeg presenterer først studier fra studentdrevne treningsposter i sykehus, før jeg omtaler prosjekt ved ordinære poster. Slike treningsposter er designet av utdanningsinstitusjoner for å lære tverrprofesjonelt samarbeid.

Linköping Universitet er en pioner som har hatt en studentdrevet treningspost fra 1996 (Wahlström & Sandén 1998; Fallsberg & Wijma 1999; Fallsberg & Hammer 2000). Posten har vært modell for tilsvarende treningsposter i London (Freeth et al. 2001; Reeves & Freeth 2002), i Stockholm (Mogensen, Elinder, Widström & Winnbladh 2002; Ponzer et al. 2004), i Örebro (Lidskog et al. 2008) og i Holsterbro (Jacobsen, Fink, Marcussen, Larsen & Hansen 2009; Jacobsen, Larsen & Hansen 2010). Utdanningsinstitusjonene utformet postene for å lære studenter samarbeid. Felles for treningspostene er at studenter drifter en gruppe med 8-12 ortopediske pasienter i to uker. Studenter arbeider i team som består av 2-3 sykepleier-, 1-2 lege-, 1 ergoterapeut- og 1 fysioterapeutstudenter. Enkelte steder deltar også studenter som sosionom og bioingeniør. Teamet dekker 4-5 dagskift og 4-5 kveldsskift. Studenter har ansvar for og deltar i generelle gjøremål som matservering og pasienters vask og påkledning. Alle deltar i legevisitt og daglige møter/rapporter om felles pasienter. De fleste steder har felles møter for refleksjon. En sykepleier veileder i tverrprofesjonelle aktiviteter. Deltidsansatte i profesjonen veileder i profesjonsspesifikk aktivitet. Resultatene indikerer at praksisperioden ved treningsposten gir innblikk i profesjonene og gjør studenter mer positive til profesjonene (Fallsberg & Wijma 1999; Hylin, Nyholm, Mattiasson & Ponzer 2007; Jacobsen, Fink, Marcussen et al. 2009; Jacobsen, Larsen & Hansen 2010; Lidskog, Löfmark & Ahlström 2007, 2008). Funnene viser at studenter liker å samarbeide med andre profesjoner. Videre er det avgjørende for studenters positive evaluering at de opplever sine oppgaver som autentiske og relevante for profesjonen (Carpenter 1995; Fallsberg & Wijma 1999; Hean, Clark, Adams, Humphris & Lathlean 2006b; Hilton & Morris 2001; Jacobsen, Fink, Marcussen et al. 2009; Ker, Mole & Bradley 2003; Lidskog, Löfmark & Ahlström 2008; Mandy et al. 2004; Reeves & Freeth 2002; Tunstall-Pedoe et al. 2003).

Fallsberg og Hammer (2000) undersøkte hvilke situasjoner som bidro til studenters læring ved treningsposten i Linköping. Deres empiri var 113 notater om episoder som studenter erfarte som integrerende og intervju med syv studenter. Forskerne løfter frem tre læringsfremmende situasjoner. En situasjon var når studenter forflytter og øver selvstendighet med pasienter. En annen var planlegging av pasienters oppfølging ved utreise. Begge situasjoner var nyttige for sykepleier-, fysioterapeut- og ergoterapeutstudenter. Den tredje situasjonen var når pasienter ble kritisk syke, og var nyttig for lege- og sykepleierstudenter. Forskerne viser at studenter bruker en av to strategier i tverrprofesjonelt samarbeid. En strategi er å fordele oppgaver og arbeidsmengde. Da blir pasienters problem oppfattet som ganske like av de to studenter som samarbeider. Den andre samarbeidsmåten preges av at studenter sjekker ut hverandres bidrag og lager et eget opplegg til hver pasient. Forskerne mener det er vanskelig å ivareta generelle gjøremål og samtidig lære selvstendighet i profesjonens oppgaver. Dette gjelder særlig bioingeniør-, fysioterapeut- og legestudenter. Forskerne hevder at trening i samarbeid må kombineres med profesjonsspesifikt innhold ved tverrprofesjonelle treningsposter. De peker på at veilederne får lite oppfølging, og at legestudenter har behov for mer stabile veiledere.

I et prosjekt om tverrprofesjonelle praksisstudier ved et universitetssykehus i London, ble 36 studenter, åtte veiledere og elleveansatte intervjuet. Postens daglige rutiner og veiledernes studentmøter ble observert (Freeth et al 2001; Reeves et al. 2002; Reeves & Freeth 2002). Resultatene viser at studenter verdsetter tverrprofesjonelt samarbeid, og at de får mer ansvar enn vanlig. Videre er studenters felles refleksjonsmøter nyttige. Men to uker er for lite hvis studenter skal utvikle samarbeid. Forskerne fant at veilederne arbeider parallelt og ikke er rollemodeller i tverrprofesjonelt samarbeid. Rapporten ved vaktskifter vurderer studenter som egnet for sykepleiere. Studenter erfarer at medisinske forhold er vektet for mye når pasienter blir gjennomgått i postens møter. Unntaket er legestudenter. Det viser seg at legestudenter deltar lite i generelle gjøremål og prioriterer å følge legevisitten. De savner veilederstøtte i klinisk arbeid. Et funn er at lege-, ergo- og fysioterapeutstudenter anser generelle gjøremål som sykepleierarbeid. Dette kan gi andre profesjoner feil oppfatning av hva sykepleie er.

Ponzer et al. (2004) gjorde en større spørreundersøkelse blant studenter som hadde praksis i treningsposten ved Karolinska Institutet i Stockholm. Postens åtte pasienter har avgrensede problem og er nesten selvhjulpne. Jevnt over ble dette vurdert som god klinisk praksis, og at studenter får prøvd seg i profesjonsrollen og som teamdeltaker. De lærer betydningen av

kommunikasjon i pasientbehandling. Legestudenter skiller seg ut og er minst fornøyd med veiledningen. Forskerne tolker dette som tegn på at deres profesjonelle utvikling er kommet kortere enn de andres. Andre studenter var i siste semester, mens legestudenter var vel halvveis i studiet og hadde behandlingsansvar for første gang. I tillegg byttet de ofte veileder. Legestudenter er også mest misfornøyd med å få generelle gjøremål. I større grad enn andre regner de slike ferdigheter som lite yrkesrelevante. Andre studier, som i all hovedsak er kvantitative, har også pekt på dette forhold for legestudenter (Areskog 1994; Fallsberg & Hammar 2000; Fallsberg & Wijma 1999; Hylin et al. 2007; Reeves & Freeth 2002). En studie fra Örebro fant tilsvarende for sosionomstudenter (Lidskog, Löfmark & Ahlström 2008, 2009) Hylin, Nyholm, Mattiasson og Ponzer (2007) fulgte opp med en spørreundersøkelse blant 348 studenter 2 år etter at de var ved treningsposten ved Karolinska Institutet. Resultatene viser at de generelt er fornøyd med erfaringer fra treningsposten som har vært nyttige i arbeidslivet. Det kom frem at to uker er for knapp tid, og at studenter kunne samarbeidet mer. Det viser seg også at veilederne til dels fulgte ulike pedagogiske modeller. Sykepleiere og ergoterapeuter er mest fornøyd med erfaringene. Flere leger og fysioterapeuter mener at oppgavene stilte for lave krav til deres kompetanse, og at fokus i for stor grad var sykepleieroppgaver.

Hylin, Lonka og Ponzer (2011) undersøkte studenters læremåte og erfaring fra tverrprofesjonelle praksisstudier. 40 ergoterapeut-, 52 fysioterapeut-, 85 lege- og 192 sykepleierstudenter besvarte spørreskjema før og etter praksisperioden ved treningsposten. Forskerne grupperte deres studieform i tre læremåter: lite samarbeid, samarbeidskonstruktivist og følge oppskrift. Det viste seg at de fleste og særlig kvinner, foretrekker læremåten benevnt samarbeidskonstruktivist. Denne læremåte er minst likt av mannlige legestudenter. Uansett læremåte er alle fornøyd med hvordan pasienter ble fulgt opp og også med veiledningen. Det var ingen sammenheng mellom studenters læremåte og oppfatning av profesjonenes funksjon. Uansett læringsprofil liker studenter tverrprofesjonelt samarbeid. Minst fornøyd med tverrprofesjonelle praksis var de med lav samarbeidsprofil. Best forståelse av tverrprofesjonelt samarbeid ga den læremåte som forskerne kalte å følge en oppskrift. Forskerne mener derfor at treningsposten kan endre studenters oppfatning av tverrprofesjonelt samarbeid.

En evaluering ved Karolinska Institutet brukte spørreskjema før og etter praksisperioden ved treningsposten (Hallin, Kiessling, Waldner & Henriksson 2009). Resultatene viser at lege- og sykepleierstudenters kjennskap om ergo- og fysioterapi økte mest og særlig om ergoterapi.

For ergoterapeutstudenter økte kjennskap om leger og sykepleie mest. Fysioterapeutstudenters økte innsikt i andre fagfelt var jevnt fordelt. Lege- og ergoterapeutstudenter viste størst endring i forståelse av andre fagfelt. I rolleforståelse skilte ergoterapeutstudenter seg noe ut. Deres rolleforståelse var mest uklar i forkant, og de viste størst endring i sin rolleforståelse. I etterkant tilla alle grupper teamarbeid økt betydning, og mente at de ivaretok pasienters behov for teamarbeid. Med unntak av fysioterapeutstudenter gjaldt dette også rehabiliteringsbehov.

Treningsposten i Holstebro har justert opplegget ut fra evalueringer fra tilsvarende poster (Jacobsen, Larsen & Hansen 2010). Her fikk legestudenter ansvar for å gå legevisitt, mens andre var observatører. Dette ga legestudenter ansvar for å snakke med pasienter om hva som var bestemt i tverrfaglig møte. De skulle også formidle informasjon fra visitten til andre profesjoner. Legestudenter fulgte annen undervisning parallelt og var mindre i posten enn andre studenter. De var ikke medansvarlige for generelle gjøremål. Empirien i undersøkelsen var friteksten i et spørreskjema besvart av 55 legestudenter. Resultatet får tydelig frem betydningen det har at studenter deltar i aktivitet som er relevant for profesjonen. Til forskjell fra andre treningsposter erfarte legestudentene i Holstebro at de lærte av å samarbeide med andre profesjoner om beslutninger om behandling og å utføre oppgaver som legevisitten.

Studenters deltakelse i tverrprofesjonell praksis i ordinære sykehusposter er mindre utforsket. Det vil si poster som ikke er designet av utdanningsinstitusjoner for å lære samarbeid. Stew (2005) kartla hvor tverrprofesjonell læring skjedde i praksisfeltet i Syd-England ved å bruke spørreskjema, feltbesøk og gruppeintervju. Han fant få praksissteder med studenter fra flere profesjoner, fordi praksisstudier er ulikt sammensatt og organisert. Stew viser til tre situasjonstyper der studenter deltar i tverrprofesjonell læring. En situasjon er når studenter presenterer pasient-case for studenter i andre profesjoner, der er det avgjørende at veileder deltar i diskusjonen. Stew mener situasjonen kan bidra til å lære samarbeid og respekt for hverandres roller. Den andre lærings situasjonen er når ansatte tar opp relevante kliniske tema. Da er de ansatte aktive og studentene observerer. Stew peker på at hvordan sesjonen ledes avgjør hvilke profesjoner som deltar. Den tredje lærings situasjonen er veilederstyrt og studenters læringsbehov avgjør tema. Konklusjonen er at studenter ikke lærer å samarbeide tverrprofesjonelt når de ikke blir stimulert til å delta i tverrprofesjonell aktivitet. Studenter kan erfare manglende samarbeid og at profesjonelle inntar forsvarsposisjoner.

I Canada har Russell, Nyhof-Young, Abosh og Robinson (2006) studert læringsmiljøet ved en medisinsk og kirurgisk post. De brukte spørreskjema supplert med intervju. 19 studenter deltok, av disse var 8 sykepleiere, 5 leger, 1 ergo- og 1 fysioterapeut. Alle var ved medisinsk post, og sykepleierstudentene var i tillegg noe ved kirurgisk post. Av de 46 ansatte som deltok var 10 leger og 24 sykepleiere. Kirurgisk post fremstod som uten team og med lite interaksjon mellom profesjonene. Mest kontakt hadde avdelingssykepleier og leger. Forskerne fant at ved kirurgisk post var det ikke tilrettelagt for tverrprofesjonelt samarbeid hverken relasjonelt eller organisatorisk. Mens ved medisinsk post ble pasienter gjennomgått daglig i tverrfaglig møte. Studenter mente at dette sikrer at pasienter er godt ivaretatt. De satt også pris på personalets relasjoner og samarbeid. Forskerne fant at sykepleierstudenter er trygge på hva de kan, mens legestudenter opplever at de kan for lite og derfor unngår å spørre. Et funn er at studenter tar etter ansattes samarbeidsmåte. Videre at studenter har naiv forståelse av hva tverrprofesjonelt samarbeid krever av adferd, ferdigheter og holdninger. Forskerne fant at ansattes holdning til læring spriker, og at veiledere ikke ser og bruker mulige tverrprofesjonelle lærings situasjoner.

I Bristol er det gjort en longitudinell undersøkelse om tverrprofesjonelle utdanningsopplegg i 10 høyskoleutdanninger for perioden 2003-2005 (Pollard & Miers 2008). Studentene besvarte spørreskjema ved studiestart (Pollard, Miers & Gilchrist 2004), i andre studieår (Pollard, Miers & Gilchrist 2005), ved utdanningens slutt (Pollard Miers, Gilchrist & Sayers 2006), og etter å ha vært 9-12 måneder i arbeidslivet (Pollard & Miers 2008). I utvalget inngikk sykepleier-, ergoterapeut- og fysioterapeutstudenter. I den siste undersøkelsen deltok 275 profesjonelle, hvilket er 35% av de uteksaminerte. Forskerne undersøkte holdninger til tverrprofesjonelt samarbeid og utdanning, samt deltakernes evaluering av sin ferdighet til kommunikasjon og teamarbeid. Resultatene viser at ved studiestart er studenter positive til sine ferdigheter og generelt kritiske til profesjonelles samhandling. De mest negative er studenter med arbeidserfaring fra helsetjenesten før studiestart. Deres kritiske innstilling til samarbeid forsterker seg i andre studieår. De er også mer usikre på sine evner i teamarbeid, kommunikasjon og er kritiske til tverrprofesjonell undervisning. De er mer fornøyd med sine personlige relasjoner til andre profesjoner. Ved utdanningens slutt er kandidatene igjen trygge på sine ferdigheter og mer tilfreds med sine tverrprofesjonelle relasjoner. De mest fornøyde, er de som har fulgt tverrprofesjonelle studieopplegg, men de er mer kritiske til profesjonelles samhandling. Kandidater med tidligere erfaring fra helsetjenesten er mer positive til sine ferdigheter, og de er fortsatt mest kritiske til samarbeid. Pollard (2008) mener funnene speiler

at studenter har negative opplevelser i praksisstudiene. Resultatet viser at de som deltok i tverrprofesjonelle studieopplegg var tryggere på sine kvalifikasjoner, samhandling og tverrprofesjonelle relasjoner i arbeidslivet, enn de som fulgte profesjonsvise opplegg. Det er også positiv korrelasjon mellom kommunikasjonsferdigheter og tverrprofesjonelle relasjoner. Arbeidserfaring etter utdanningen gjør aktørene mindre kritiske til samarbeid. Minst endring vises hos de som arbeidet i helsetjenesten før studiestart.

I det samme longitudinale prosjekt i Bristol inngikk et feltarbeid på 46 timer fordelt på fire sykehusavdelinger og to kommuner (Pollard 2008). Tverrprofesjonelt samarbeid og studenters mulighet for å delta i tverrprofesjonell aktivitet ble observert. Observasjonen omfattet ikke situasjoner der pasienter var til stede. 52 studenter (derav 8 pleiere, 1 ergo- og 1 fysioterapeut) og 20 profesjonelle (flest pleiere) ble intervjuet. 41 studenter var i siste studieår. Resultatet viser at tverrprofesjonelle fora ikke betyr at studenter deltar i tverrprofesjonell aktivitet. Samarbeidet ble påvirket pleierkulturen og av den enkelte lege. Pollard mener at studenter er mer inkludert der et helhetsperspektiv lå til grunn. Hun konkluderer med at studenter trenger selvtillit for å delta i samarbeid når struktur for tverrprofesjonelt samarbeid mangler. Pollard peker på at ansattes handling gjør at studenter kan lære adferd som ikke fremmer samarbeid. Resultatet er knyttet til medisinske poster, der kommunikasjon mellom leger og sykepleiere gikk via ledende sykepleiere. Ved disse postene er studenter observatører. I studentintervjuene kom det frem at halvparten hadde sett godt tverrprofesjonelt samarbeid, men enda flere hadde også sett dårlig samarbeid. Pollard mener at studenter hadde observert sub-optimalt tverrprofesjonelt samarbeid. Dette innebar svikt i informasjonsformidling og koordinering, lite samhandling med de i høyre stillinger og lite anerkjennelse av bidrag. Pollard antar at studenter tar samarbeidsmåter for gitt og lærer disse implisitt. Hun finner at studenter er opptatt av kommunikasjon, men de har lite innsikt i sammenhenger mellom samarbeid og formell møtestruktur. Også personalet kan være ubevisst organisatoriske forhold.

Oppsummert er de fleste undersøkelser om studenters læring i tverrprofesjonelt samarbeid i praksisstudiet knyttet til utdanningsinstitusjoners treningsposter. Kombinasjonen av korte praksisperioder, at pasienter har relativt enkle problem og at alle studenter deltar i generelle gjøremål, gjør at studenter kan drive treningsposter. Resultatene er gjerne basert på studentevalueringer. Sentralt fokus i foreliggende forskning er studenters holdning til sin og andre profesjoner. Enkelte studier søker å belyse hva som bidrar i studenters læring ved

tverrprofesjonelle treningsposter. Gjennomgående funn er at studenter trives og er positive til å samarbeide og bli kjent med andre profesjoner. Stort sett er de fornøyd med veiledningen, selv om legestudenter ofte har få faste veiledere. Studenter vektlegger oppgaver som de mener er relevante for profesjonen. Flere erfarer at profesjonens oppgaver var utilstrekkelig med tanke på å kvalifisere seg. De anser generelle gjøremål som relevant for sykepleierstudenter. Det foreligger begrenset forskning om studenters erfaring fra tverr-/fler-/transprofesjonelt samarbeid i praksisstudier ved 'ordinære' sykehusposter. Resultatene viser at studenter i stor grad blir observatører, og at mulige læringsituasjoner i samarbeid ikke blir fanget opp og brukt. Studenters forståelse av samarbeid synes uklar, selv om de har fulgt tverrprofesjonell undervisning tidligere i studieforløpet.

1.1.3. Forskning om profesjonelles samhandling

Det fremgår av forskningsgjennomgangene av tverrprofesjonell utdanning og praksis, at dette omfatter mange intervensjonsstudier i tverrprofesjonelt samarbeid der utdanning og/eller læring er implisitt. I liten grad har forskningen klart å måle effekten av slike intervensjoner for tverrprofesjonell praksis. Det foreligger en stor og bred litteratur om samarbeid og hva som kan få team og samarbeid til å fungere på person- og organisasjonsnivå (se eks. Ashcroft & Meads 2005; Lauvås & Lauvås 2004; Leathard 1994, 2003; Payne 2000; Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein 2010; Repstad 2004; Willumsen, 2009, 2014; Øvretveit 1990, 1996). Willumsen (2009) beskriver tverrprofesjonelt samarbeid som et komplekst felt, der flere teoretisk innfallsvinkler er mulige. Hun peker på at målet om integrerte tjenester til brukere innebærer både differensiering og koordinering mellom aktørene. Jeg har valgt å rette søkelyset mot profesjonenes samhandling om pasientforløp i min utforskning av studenters deltakelse i tverrprofesjonell praksis. Forskningsbidrag som får frem hvordan profesjonelle forbinder aktivitet og kunnskaper i pasientarbeidet, er relevante for å studere tverrprofesjonell praksis. Det vil si hvordan deltakeres samhandling skaper meningsfulle sammenhenger over profesjonsgrensene. I dette avsnittet presenterer jeg forskningsbidrag knyttet til profesjonelles samhandling som får frem hvordan sykdom og behandling er gjenstand for diskusjon, felles vurdering og beslutning, når det ikke kreves øyeblikkelig handling i akutte situasjoner.

Atkinson (1995) viser hvordan medisinsk arbeid skjer, og hvordan kunnskap blir til i praksisfeltet gjennom samtaler. Han observerte måten som et spesialistteam i hematologi bruker språket for å skape og gjenskape klinisk kunnskap og mening. Det kom frem hvordan

kliniske vurderinger skjer i fellesskap og ikke er resultat av den enkeltes tenkning. Dette knytter Atkinson til at usikkerhet er en del av profesjonelles arbeid. De reduserer usikkerheten ved å bruke og kjede sammen kunnskap fra flere kilder. Relevant for mitt prosjekt er hvordan aktørene hjelper hverandre å skape sikkerhet for diagnose, videre kartlegging og behandling i sin diskusjon, redegjørelse og tolkning av prøvesvar og observasjoner. Atkinson finner at usikkerhet er en kilde til diskusjon og læring. I fellesskapet er talemåter og fagspråk med på å skape pasient og behandlingsforløp. I diskusjonen blir personlig praktisk kunnskap knyttet til teoretisk kunnskap for å få et sikrere vurderingsgrunnlag. Deltakere og også studenter, lærer å tolke og formulere seg slik at de får en stemme og blir hørt i diskusjoner. Atkinson viser at ved sykehus er meningsdannelse og kunnskapsutvikling spredd over tid, sted og personer. Forståelse av hvordan mening og kunnskaper blir skapt i fellesskap, gir innblikk i hvordan profesjonelle oppnår resultater i sitt daglige arbeid. Måseide (2006, 2007) har vist hvordan leger i norske sykehus forhandler om diagnose, behandling og vurderinger, men også om deltakernes innbyrdes posisjoner. Videre er et trekk ved interaksjon i møtene at den følger faste, etablerte mønstre for utveksling av adekvate og relevante data (Måseide 2003).

Strauss, Fageraugh, Suczek og Wiener (1997) *Social organization of medical work*, tilhører klassisk sosiologisk feltforskning i medisinsk praksis ved sykehus. Forskerteamet intervjuet både leger, sykepleiere og andre faggrupper i sykehus under feltarbeidet. I analysene fant de flere typer arbeid i sykehus. De benevner disse som arbeid med utstyr, sikkerhetsarbeid, lindrende (comfort) arbeid, følelsesarbeid (sentimental) og sammenkjedingsarbeid (min oversettelse). I tillegg kommer pasienters arbeid, da pasienten kan inngå i arbeidet og delta i konstruksjonen av pasienten. Sentralt i alle disse typer av arbeid er hvordan aktørene mestrer, skaper og erfarer sykdomsbaner når pasienter har sammensatte problem. Relevant for min avhandling er arbeid knyttet til sammenkjeding av bidrag fra flere profesjoner og personer for å skape enhetlige behandlingsforløp. Forskerne viser til flere forhold som gir uforutsigbarhet og påvirker sammenkjedingsarbeidet. De løfter frem at sykdom forløper ulikt, fordi folk er ulike, fordi sykdom utvikler seg ulikt og nye problem kommer til. Forskerne peker på at det er enklere å bruke samme type arbeidsmåter når pasienter med samme type plager er samlet. Jo mer sammensatt problemet er, jo vanskeligere er det å lage standardiserte behandlingsforløp. Videre fordeler personalet sin kunnskap, tid, oppmerksomhet og utstyr på pasienter ut fra hva som er mest utfordrende og usikkert. Her vil pasienters deltakelse påvirke profesjonenes arbeidsdeling og gi uforutsigbarhet. I tillegg får aktører bistand fra andre enheter i sykehuset.

Forskerne får frem at sammenkjedingsarbeidet innebærer å forbinde alle arbeidsformene enten det gjelder utstyr, sikkerhet, lindring, følelser og konstruksjonen av pasienten.

Resultat fra to studier av profesjonelles samhandling viser hvordan operasjonsteam kan svikte i formidling av relevante data, og hvordan strukturerte rutiner kan støtte felles beslutninger (Lingard, Espin, Evans & Hawryluck 2004; Lingard et al. 2006). Resultat fra et annet Canadisk prosjekt ved to medisinske sykehusposter går i samme retning (Lingard et al. 2007). Fokus var kommunikasjon og informasjonsformidling i tverrprofesjonelle team. Feltarbeidet omfattet observasjon av 30 tverrprofesjonelle møter, 3 previsitter og 4 sykepleier-rapporter. De intervjuet 47 personer (sykepleiere, leger, fysioterapeut, dietetiker og kontoransatte). Felles morgenmøte ble begge steder brukt til å fastsette pasienters utskrivning. I møtet trakk de inn informasjon om pasientens psykososiale forhold. Informasjon om pasienten ble ført i kurveboken (en ringperm) og ble lest av de som ikke kjente pasienten. Kurveboken ble stadig flyttet og inneholdt mye materiale, derfor var det mange som ikke leste den. Ansatte mente at det gikk raskere å utveksle informasjon muntlig enn skriftlig. Forskerne fant at det er en stor utfordring å få informasjon, selv når den lå i kurveboken. Aktører lager uformelle løsninger tilpasset situasjonen og den enkeltes behov for å utveksle informasjon. Forskerne konkluderer med at informasjonsarbeidet er sammensatt, mangfoldig og uforutsigbart. De peker på at pasienters sikkerhet kom i fare når aktører stoler på muntlig, personavhengig informasjon og uformelle strukturer. Tverrprofesjonell praksis kan forme samhandlingsmåter som bryter med formelle strukturer. De foreslår at forskning om tverrprofesjonell praksis inkluderer hvordan aktørenes arbeid og pasientens sikkerhet påvirkes av informasjons- og kommunikasjonsmåter.

Conn, Lingard, Reeves, Miller, Russell og Zwarenstein (2009) analyserte kommunikasjonen mellom profesjoner i materiale fra de to samme postene. De fant at kommunikasjonen er organisert både eksplisitt og implisitt. Videre at profesjoner kommuniserer muntlig og via en mengde skriftlig materiale. Det daglige tverrfaglige møtet dekker ikke profesjonens lokale behov. Sykepleiere unnlot å møte og overlot til gruppeleder å gi informasjon. De foretrakk å kontakte andre i forbifarten for å samtale og dele informasjon. Leger instruerte gjerne andre yrkesgrupper muntlig. Et funn var også at profesjonsspesifikk pasientdokumentasjon er stor og lokalisert flere steder. Deler av informasjonen var også ført flere steder. Posten hadde en tavle for å dele pasientinformasjon, men den støttet ikke profesjonenes kommunikasjon. En mulig tolkning mener forskerne er at sykepleiere blir fremmedgjorte når andre profesjoner

skriver på tavlen hva oppfølgingen av pasienter skal være. En konklusjon er at tavlen ikke forbedrer profesjonenes samhandling. Videre er det behov for å utforske hvordan nyere kommunikasjonsredskap støtter og endrer kommunikasjon mellom profesjoner.

Reeves, Rice, Conn, Miller, Kenaszchuk, & Zwarenstein (2009) har også presentert forskning knyttet til tverrprofesjonell samhandling ved de to samme undervisningssykehus. Prosjektet er del av en stor undersøkelse om tverrprofesjonelt samarbeid ved fem sykehus. Forskerne fulgte ulike typer møter og profesjonsgrupper ved medisinske poster. Totalt varte feltarbeidet i 155 timer. De fant at både formell og uformell samhandling mellom leger og andre yrkesgrupper var preget av legers enetale. Samtaler mellom sykepleiere, terapeuter og andre yrkesgrupper var rikere og varte lenger. I diskusjonene inngår kliniske tema og sosiale forhold. Aktørene prioriterte tverrprofesjonelle møter lavere enn profesjonens møter, fordi i tverrprofesjonelle fora var innholdet dels overfladisk, mangelfullt og ofte lite relevant. Disse møter var preget av manglende dialog og diskusjon om pasienters problem, i motsetning til profesjonens møter. Forskerne konkluderer med at det var en ikke-forhandlet orden ved postene.

Forskningen i profesjonelles samhandling som jeg har presentert, viser betydningen av direkte kontakt, bruk av språk og redskaper i profesjonelles samhandling. For mitt prosjekt er det relevant hvordan materiale om pasienter fra skriftlige kilder, personer og profesjoner blir kjedet sammen i vurdering av problem og videre tiltak. Det kommer frem at profesjonsgrenser kan hemme samarbeid og deling av data og kunnskap. Det er med andre ord et mulig spenningsforhold mellom at profesjonelle samhandler og deler kunnskaper, og at profesjoners ansvars- og arbeidsfordeling er dannet på grunnlag av deres ulike kunnskapsfelt.

1.1.4. Forskning i feltet tverrprofesjonell læring og praksis relatert til prosjektet

Forskning om studenters læring i profesjonsvise praksisstudier viser til trekk i studenters læring som likner funn om utforskning av tverrprofesjonelle praksisstudier. Mange studenter prioriterer å delta i og utføre oppgaver som de mener er relevante for utdanningens krav og eksamen (Dæhlen & Havnes 2003; Heggen 1995; Jensen 2006). Ikke uventet har profesjonens lokale oppgaver betydning i studenters læring i profesjonens praksisstudier. Profesjonens dialog for å avklare diagnoser er sentralt for legestudenter (Atkinson 1988; Ludvigsen 1998). Ferdigheter og samhandling med pasienter er sentralt i læring både for ergoterapeutstudenter (Rodger, Fitzgerald, Davila, Millar & Allison 2011; Rotert 2006), fysioterapeutstudenter

(Lindquist, Engardt og Richardson 2010; Vågstøl & Skøien 2011), legestudenter (Bell, Boshuizen, Scherpbier & Dornan 2009; Bleakley & Bligh 2008) og sykepleierstudenter (Benner, Sutphen Leonard & Day 2010: 46-; Christiansen 2003; Larsen 2000; Vågan, Erichsen & Larsen 2014). Deltakelse i profesjonens pasientarbeid er sentralt når studenter skal lære i praksisstudiet. Jeg retter søkelyset mot at flere profesjoner er involvert i arbeidet, og hva det betyr når samme pasient bidrar i læring for studenter fra flere profesjoner. Prosjektet utforsker om og hvordan studenter bruker pasientens problem og oppfølging som mulighet for å trekke inn andre profesjoners perspektiv. En måte å si dette er at forskningsfokus er utvidet fra studenters deltakelse i profesjonsspesifikk praksis til å delta i flere praksiser. En side ved praksis er pasientarbeidet, samtidig er praksis også utvikling av kunnskaper og profesjonalitet.

Forskning i tverrprofesjonelle praksisstudier løfter frem utvikling av relasjoner og tilhørighet. I studier av profesjonsvise praksisstudier er også betydningen av medstudenter og fellesskap vektlagt i studenters læring. I Becker, Geer, Hughes og Strauss (1961) klassiske etnografiske studie om legestudenters utvikling får for eksempel frem hvordan studentfellesskapet bidrar til studenters læring. Deltakelse i legefellesskapet er avgjørende i turnuslegers læring (Akre 2003; Ludvigsen 1998; Kivle 2009), og legestudenters læring blir hemmet av manglende deltakelse (Wichmann-Hansen 2004). Inkludering i profesjonens fellesskap har tilsvarende betydning for de andre studentgruppene (Benner et al. 2010: Newton, Billett & Ockerby 2009; Skøien, Vågstøl & Raaheim 2009). I praksisfeltet er deltakelse i studentfellesskap sentralt for å lære kunnskaper og profesjonalitet for flere studentgrupper (for sykepleie Heggen 1995; Jensen 2006; Larsen 2000, for ergoterapi Rotert 2006 og fysioterapi Skøien et al. 2009). I mitt prosjekt er medstudentene fra flere profesjoner. Jeg retter søkelyset mot studenters deltakelse i praksisstedets fora, aktivitet, praksis og fellesskap ut over det profesjonsvise. Prosjektet er et bidrag i forskning om hvordan studenters deltakelse i sosiale praksiser innen og over profesjongrensene bidrar i deres læring og forståelse av fremtidige profesjonalitet.

I sykehus er profesjonelles arbeid avhengig av informasjon og vurdering av pasienters sykdomsforløp, kartlegging, effekt av behandling samt utførte og planlagte undersøkelser og behandlinger. I profesjonelle samarbeid er det å forstå hverandres språk sentralt. I læring i profesjonens kjerneområder viser forskningen til faktorer som dialog, refleksjon og fagspråk (se eksempelvis for ergoterapeuter Rotert 2006, for fysioterapeuter Lindquist et al. 2010; Skøien et al. 2009 og for leger Atkinson 1988; Akre 2003; Ludvigsen 1998, og for sykepleiere

Benner et al. 2010:80-; Christensen 2004; Jensen 2006; Vågan, Erichsen & Larsen 2014). Jeg retter oppmerksomheten mot profesjonenes samhandling i klinisk praksis. Jeg utforsker hvordan studenter deltar ved å uttrykke seg både muntlig og skriftlig i postens praksis og ikke bare profesjonens praksis. Videre hvordan studenter oppsøker, forstår og bruker andre profesjoners muntlige og skriftlige materiale. Dette er vevet sammen med hvordan praksisstedet tilrettelegger for at ansatte og studenter kan forstå hverandres handling og handlingsgrunnlag, eller om de stenger hverandre ute.

I utvikling av mine spørsmål og forskningsdesign har innsikter fra forskningen som jeg har presentert foran, vært viktige kilder. Dette reflekteres i mine valg av profesjoner, type sykehuspost, trekk ved pasientenes problem, samt praksisperiodens lengde og plassering i studieforløpet. Empiri generert ved å bruke kvalitative metoder kan få frem forhold som bidrar i studenters læring. For eksempel samhandling om konkrete problem og vurdering rundt pasienter. Jeg har valgt å bruke kvalitative metoder i min utforskning for å utforske hvordan studenters læring henger sammen med profesjonenes lokale praksis. Jeg har ønsket å utvide blikket fra å lære å samarbeide, til hvordan studenters deltakelse i postens virksomhet og praksis bidrar i deres utvikling av kunnskaper og profesjonalitet.

De store internasjonale forskningsgjennomganger av undersøkelser om tverrprofesjonell utdanning viser at teoretiske perspektiv i begrenset grad er trukket inn (Reeves 2010), og noe mer i de siste årene (Reeves & Hean 2013). Jeg bruker begrep og perspektiv fra sosial læringsteori og profesjonsteori i mine analyser. I prosjektet er praksisfellesskap (Wenger 1998) et overordnet analytisk perspektiv. Perspektivet retter blikket mot at kunnskap holder praksisfellesskap sammen, og hvordan grenseområder kan forbinde praksiser. Abbott (1988) teori om profesjonssystemet er også en sentral inngang i mine analyser av profesjonenes lokale samspill og praksis. Grenseobjekt (Star & Griesemer 1989) bruker jeg i analysene av profesjonens bruk av felles redskap. Studien utforsker hvordan samhandling ansikt til ansikt og bruk av felles redskaper samspiller og skaper praksis og læringsmuligheter. Videre hvordan fellesskap, praksis og tilhørighet blir til ved meningsforhandling, innordning og fantasi. I utforskning om lokal samhandling, praksis, fellesskap og kompetanse kommer studiet tett inn på hvordan og hva studentene får mulighet til å delta i og lære i tverrprofesjonell praksis. Studien viser hvordan studentene kan følge ulike deltakerbaner i postens,

profesjonens og studentgruppens fellesskap. Deltakelse i tverrprofesjonell praksis og ulike fellesskap bidrar til studentens læring og forståelse av fremtidig profesjonalitet.

Avhandlingens empiriske studie, kan bidra til kunnskaper om hvordan studenter deltar og lærer i tverrprofesjonell praksis i praksisfeltet. Et sentralt fokus er studentenes utvikling av kunnskap og forventning til fremtidig profesjonalitet. Søkelyset rettes også mot praksis der pasienters sammensatte problem krever flere profesjoners innsats, kunnskap og samhandling. Prosjektet kan være et bidrag i diskusjon og videreutvikling av utdanningene for å møte utfordringer som følger av økende omfang av sammensatte og kroniske sykdomsbilder.

1.2. Studiens problemstilling

I innledningen har jeg knyttet temaet for min avhandling til helse- og utdanningspolitiske føringer. Jeg har også plassert prosjektet i forskningsfeltet og presentert tematisk relevant forskning om tverrprofesjonell utdanning, læring og praksis. Implisitt i utdannings- og helsepolitiske føringer er forventninger om at profesjonelle kan, ønsker, har bruk for og lærer ved å samarbeide over profesjonsgrensene. Det er begrenset med empiriske studier av hvordan utdanningenes praksisstudier gjør at studenter involveres i tverrprofesjonell aktivitet og samhandling. Forskning om studenters deltakelse i tverrprofesjonell praksis er i stor grad knyttet til treningsposter som er skreddersydd til utdanningsinstitusjonens behov. Der har studenter hatt kort tid til å utvikle samarbeidsmåter. Samtidig er tid og utvikling av tilhørighet faktorer som forskning om tverrprofesjonelt samarbeid tillegger betydning. Det er sparsomt med empiriske studier av norske studenters deltakelse i tverrprofesjonell virksomhet som en del av deres praksisstudier og læring. Kvalitative studier kan bidra til kunnskaper om hvordan samhandling over profesjonsgrensene konkret skjer i daglig virke i sykehusposter. Dette omfatter tverrprofesjonell samhandling ansikt til ansikt og hvordan bruk av felles redskap som dokumenter og elektronisk pasientjournal inngår i samhandlingen. Videre hvordan slik samhandling som del av praksisstedets praksis kan bidra i studenters læring.

Studiens problemstilling:

Hvordan deltar og lærer ergoterapeut-, fysioterapeut-, lege- og sykepleierstudenter i tverrprofesjonell praksis i sine praksisstudier ved sykehusposter?

For å kunne belyse problemstillingen har jeg utforsket hvordan profesjonenes lokale praksiser konkret utspiller seg i hverdagen. Det vil si hva praksis er, og hvordan praksis åpner og

avgrenser for å forbinde både profesjonenes oppgaver og deres kunnskapsfelt. Ved å studere hvordan deltakerne samhandler ansikt til ansikt og ved å bruke felles redskap, har jeg søkt å få frem de lokale tverrprofesjonelle praksiser. Hensikten har vært å belyse hvordan praksisstedets praksis og fellesskap gjør det mulig for studenter å samhandle, delta og lære over profesjongrensene. Samtaler med studentene og veilederne har gitt tilgang til hvordan deres erfaring fra stedet bidrar i studentenes utvikling av kunnskaper og profesjonalitet.

I forskningsprosessen har jeg brukt disse underspørsmål:

- *Hvordan er den konkrete samhandling over profesjongrensene ved praksisstedet?*
- *Hvordan inngår felles redskap i denne samhandling?*
- *Hvordan blir kunnskaper forbundet over profesjongrensene?*
- *Hva betyr deltakelse i tverrprofesjonell praksis i studentenes utvikling av kunnskaper og forståelse av profesjonalitet?*

1.3. Avhandlingens oppbygning

Arbeidet med de ulike deler i avhandlingen har vært en integrert prosess. Jeg har vekslet mellom å arbeide med det empiriske materialet og teoretiske perspektiv. Avhandlingen er derfor resultat av denne kontinuerlige og gjensidige påvirkning mellom empiri og teori i analyse- og fremstillingsarbeidet. Rikdommen i materialet har gitt utfordringer i å lage en enhetlig fremstilling uten å miste bildet av de mangfoldige og sammensatte praksisene.

I dette innledende kapittel har jeg presentert studiens *hensikt og problemstillinger*, og plassert prosjektet i en ramme av overordnede politiske føringer og forskningsfeltet tverrprofesjonell læring og praksis. Jeg har vist hvordan trekk i tematisk relevant forskning har informert og inspirert mitt prosjekt. I kapittel 2 presenterer jeg studiens *teoretiske og analytiske perspektiv*.

De teoretiske perspektiv som er valgt for å belyse problemstillingen, springer ut av arbeidet med det empiriske materialet. I analysene bruker jeg teoretiske bidrag fra sosial læringsteori og fra profesjonsteori. Kapittel 3 handler om *metodiske tilnærminger* i studien. Jeg beskriver hvordan jeg har gått frem i prosjektets faser for å komme frem til resultatene. Jeg løfter frem vurderinger som jeg har gjort i forskningsprosessen. Et avsnitt er viet etiske overveielser knyttet til det å forske i praksisfeltet og følge studenter. Jeg viser til utfordringer ved å forske i et felt som jeg kjenner som fysioterapeut og som lærer ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Kapittel 4 er en *introduksjon* og tjener som inngang til feltet og referanse for de etterfølgende resultatkapitlene. Jeg gir en kort innføring i de fire profesjonsutdanningene og praksisstudier.

Jeg skisserer organiseringen av sykehuspostene, personalet, studentene og møtefora, samt felles redskap som skjema og elektronisk pasientjournal.

Kapittel 5, 6 og 7 er resultatkapitler. Her blir empiri fra feltarbeidet, studentintervjuene og fokusgruppesamtalene med veilederne presentert og analysert. I kapittel 5, *Samhandling ansikt til ansikt i tverrprofesjonelle møter*, er fokus ansattes og studentenes samhandling. Kapitlet får frem hvordan møtepraksis og bruk av felles skjema både forbandt og delte opp profesjonenes bidrag. Videre hvordan *felles interessefelt* rundt pasienter ble utviklet. Jeg løfter frem studentenes deltakelse. Kapittel 6, *Samhandling og elektronisk pasientjournal*, retter søkelyset mot hvordan elektronisk pasientjournal inngikk i praksis. Videre hvordan journalen forstått som *grenseobjekt* kjedet sammen profesjonenes praksis. Et tema er samspillet mellom møtepraksis og bruk av elektronisk journal, som var sentralt i praksis og studentenes læring. Kapittel 7, *Bruke og utvikle kunnskaper i tverrprofesjonell praksis*, består av fire hoveddeler. Første del, *Felles kompetanseområder*, løfter frem tverrprofesjonell kompetanse i postens praksis og studentenes læring. Andre hoveddel, *Postenes kompetansesystem*, viser hvordan kompetansesystemet åpnet for å delta i fellesskap og praksis. Stedets kompetanseområder og kompetansesystem er sentrale for å belyse studentenes læring i tverrprofesjonell praksis. I tredje hoveddel, *Studentenes deltakelse og læring*, er tema studentenes læring forstått som *deltakerbaner*. Deres læring gjelder utvikling av kunnskaper og fremtidig profesjonalitet. Siste hoveddel i kapitlet knytter sammen og *oppsummerer* de tre hoveddelene i kapittel 7.

Kapittel 8, *Tverrprofesjonalitet i studentenes praksisstudier*, er en avsluttende sammenfatning og diskusjon. Jeg trekker frem fire gjennomgående temaer knyttet til problemstilling og underspørsmål i avsnitt 1.2. Temaene er også med å forbinde resultatene og de teoretiske perspektivene. De fire temaene er: *Praktiske kunnskaper i tverrprofesjonell praksis - deltaker og tingliggjorte forbindelser i tverrprofesjonell praksis - studentenes deltakelse og læring - tverrprofesjonelle praksisfellesskap og profesjonalitet*. Avslutningsvis har jeg noen refleksjoner over hvordan prosjektet kan bidra i videreutvikling av utdanningenes praksisstudier og noen innspill til hva det kan være interessant å utforske videre.

2. Teoretiske og analytiske perspektiv

I dette kapittel presenterer jeg teoretiske og analytiske perspektiv som ligger til grunn for min forståelse av temaet. Perspektivene har vært ramme for mitt forskerblikk, både for hvor blikket ble rettet og for spørsmål som jeg stilte til det empiriske materiale. Bruk av teoretiske perspektiv er viktige for å skape avstand til forskningsfeltet som jeg er en del av. Begrepene og tema som jeg løfter frem her, har utviklet seg gradvis i arbeidet med det empiriske materialet, og er resultat av en prosess der jeg har beveget meg mellom empiri, analyse og teoretiske perspektiv. Bakteppet for fremstillingen av det teoretisk-analytiske tilfanget er prosjektets problemstilling og valgene som jeg har gjort for å finne meningsfulle måter å tolke det empiriske materialet. Hensikten er ikke å gi en fullstendig gjennomgang av teoriene. For å forstå hvordan interaksjon mellom deltakere fra flere profesjoner blir erfart og inngår i studentenes utvikling, var det nødvendig å bruke perspektiv som favnet samhandling og læring. I sosiokulturelle perspektiv inngår læring i all menneskelig virksomhet (Greeno 1997; Lave & Wenger 1991/2003; Wenger 1998/2004). Hovedperspektivet i min avhandling er Wengers teori om praksisfellesskap (1998). Praksisfellesskap har flere dimensjoner som kan være med å belyse hvordan studentenes utvikling av kunnskaper og profesjonalitet er vevet inn i profesjonenes lokale praksis. I prosjektet er profesjonsteoretiske perspektiv på kunnskap og profesjonalitet viktige for å forstå den lokale praksis som studentene deltok i. Abbotts teori om dynamiske profesjonssystem (1988) vektlegger profesjoners samspill og konkurranse om jurisdiksjon over arbeidsoppgaver og kunnskapsfelt. Selv om Abbotts fokus i hovedsak er interaksjon og profesjonalitet på systemnivå, har hans perspektiv bidratt til å belyse trekk ved profesjonelles samhandling på mikronivå i mitt prosjekt. For å få frem hvordan aktørenes praksis og samhandling over profesjongrensene vokste praksisfellesskap frem som et sentralt og dynamisk perspektiv. I praksisfellesskap er grenser forstått som områder for å utvikle forbindelser mellom praksiser. I min utforskning av tverrprofesjonell praksis står kryssing av profesjongrenser i en fruktbar spenning til Abbotts teori om å forme klare grenser mellom profesjoners arbeidsfelt. I samspillet mellom aktører fra ulike profesjoner er bruk av felles redskap sentralt. Star og Griesemer (1989) teori om grenseobjekt ble en analytisk inngang for å få frem hvordan oppgaver og kunnskap ble kjedet sammen mellom profesjonene. I et situert og relasjonelt perspektiv er kunnskap distribuert mellom flere aktører, og læring skjer ved å delta i fellesskap (Dysthe 2001; Illeris 2000). Dette perspektiv har bidratt med begrep for å beskrive og analysere hvordan lokal tverrprofesjonell praksis bidrar i studentenes læring.

Kapitlet starter med profesjon og profesjonalitet. Deretter følger to avsnitt om profesjoner og kunnskap. Kapitlets andre hoveddel handler om praksisfellesskap og tilhørende sentrale dimensjoner. Neste tema er grenser som skiller og forbindelser, og omfatter grensearbeid og grenseobjekt. Kapitlets siste hovedavsnitt handler om studenters læring i praksisfeltet.

2.1. Profesjon og profesjonalitet

Praksisstudier ved sykehusposter inngår i studentenes profesjonskvalifisering. Her tar jeg først frem noen trekk ved profesjon og profesjonalitet som har betydning for å forstå profesjonelles samhandling og praksis ved sykehuspostene. En side ved profesjoner er deres fordeling av arbeids- og ansvarsfelt. Hva profesjoner gjør er sentralt for å studere og forstå profesjoner (Abbott 1988). Til grunn for profesjoners tjenester og praksis ligger teoretiske og spesialiserte kunnskaper (Molander & Terum 2008). I Norge har høyskoler og universiteter ansvar for å kvalifisere for profesjonelt virke og sertifisere for tilgang til profesjonsyrkene (Smeby 2008). Profesjon og profesjonalitet er forstått på flere måter, diskutert og studert fra flere perspektiv og med ulike fokus (Svensson & Evetts 2010), og de fleste mener i dag at profesjoner er kunnskapsbaserte yrker (Evetts 2003b).

Eliot Freidson (2001) fremhever at profesjoner er kunnskapsbaserte yrker som samfunnet har delegert oppgaver til. Kunnskapsgrunnlaget gjør at profesjonelle selv kan kontrollere hvem og hvordan oppgaver utføres og hvilke vurderingskriterier som brukes. Autonomien åpner for å bruke skjønn og til å utestenge andre fra å kontrollere kvaliteten i arbeidet. Profesjonalitet er et alternativ til å bruke marked eller byråkrati for å yte, organisere og kontrollere sammensatte tjenester for befolkningen. I sin forståelse av profesjonalitet fremhever Freidson betydningen av profesjonenes moralske verdigrunnlag og profesjonelles holdninger. Røttene i en slik forståelse går tilbake til blant annet Parsons. Talcott Parsons (1978) beskriver profesjoner som vitenskapsbaserte yrker som bruker spesielle kunnskaper i praksis og til fellesskapets beste. Grunnlaget i profesjonens funksjon er derfor både normativt og kognitivt. Samlet danner profesjoners virke, utdanning og forskning det profesjonelle komplekset, som bidrar med ekspertkompetanse i velferdsstatens tjenester (ibid). Et annet og mer maktorientert syn på profesjoner finnes eksempelvis hos Magali Sarfatti Larson. Hos Larson (1977) er profesjoner kollektive aktører som ivaretar sine interesser og privilegier. I dette perspektiv blir profesjoner til i et profesjonsprosjekt, der yrkesgrupper søker å få kontroll over kunnskap og gjøre denne til et knapphetsgode. Denne strategi gir profesjoner status, makt og materiell uttelling i

samfunnet. Resultatet av profesjonsprosjektet er lukking av og kontroll over oppgave- og yrkesfelt med tilhørende utestengning av andre. Medisin og juss er eksempler på profesjoner som har lykket med profesjonsprosjektet (ibid).

Andrew Abbott (1988) vektlegger at en profesjon skaper arbeidet den utfører samtidig som arbeidet skaper profesjonen. Han har fokus på hva profesjoner gjør, mer enn hva de er. Som Parsons og Freidson vektlegger Abbott profesjoners ekspertkunnskap som grunnlag for profesjonalitet. For Abbott er et kjennetegn ved profesjoner at de har kunnskap og ferdighet som medlemmene bruker i bestemte oppgaver og på enestående måter hver gang (1988: 8-). Videre har profesjonen kontroll over både bruk og utvikling av kunnskaper. Det vil si at profesjonen eller medlemmet avgjør hva som er gyldig kunnskap utfra situasjonen. Kunnskap er derfor mer relativ enn endelig fastlagt og er viktig for å opprettholde og skape profesjonens arbeids- og ansvarsfelt. Et særtrekk ved profesjonelles bruk av kunnskaper er bruk av skjønn. Skjønn er nødvendig fordi oppgavene er komplekse og utfallet av handlingsvalgene kan være usikre. Profesjonelles praksis er kjennetegnet av og har tre element: *diagnose, vurdering og tiltak*, som alle tre innebærer bruk skjønn (Abbott 1988:40). Disse elementene er forbundet med profesjonens kunnskapsbase. Ved å trekke inn og utelate materiale kan profesjonelle redusere oppgavens kompleksitet og tilpasse problemet til profesjonens kunnskapsfelt og tiltak. Dette gjør problemfastsetting, vurdering og tiltak til kjerneelement i profesjonelt arbeid. Disse tre element blir brukt for å definere profesjonens oppgavefelt og dens posisjon i forhold til andre profesjoner (Abbott 1988). Ved sykehuspostene, der jeg gjorde feltarbeidet, var *diagnose, vurdering og tiltak* en del av daglig virksomhet. Jeg bruker disse tre begrep i mine analyser av tverrprofesjonell samhandling og praksis.

Sentralt hos Abbott (1988) er befolkningens anerkjennelse og offisielle legitimering av profesjonens oppgaver og kontroll over arbeids- og kunnskapsfelt. Han fremhever videre profesjoners fordeling av ekspertarbeid. Abbott bruker begrepet jurisdiksjon om forbindelsen mellom profesjon og arbeid. Jurisdiksjon er knyttet til å utføre og kontrollere profesjonens kjerneoppgaver. Abbott (1988, 2010) mener at profesjoner bare kan forstås som del av et dynamisk system, *A system of professions*. Dynamikken i systemet er profesjonenes kontinuerlige konkurranse for å opprettholde og oppnå jurisdiksjon. Profesjonssystemet er det sentrale og ikke den enkelte profesjon. Systemet blir påvirket og endret som følge av indre

spenninger i profesjonene og ytre krefter som følge av endring og organisering i samfunnet. Både det offentlige rom og arbeidssteder er arena for profesjonenes konkurranse (ibid).

Et trekk ved profesjoner er at medlemmene har felles forståelse av hva som er profesjonens virksomhet, ansvar og interessefelt. Over tid blir det på arbeidssteder som sykehus, formet oppfatninger av hva som er profesjonenes lokale oppgave- og ansvarsfordeling (Abbott 1988). Julia Evetts (2010:138-140) fremhever at i dag skjer diskusjon og forhandling om jurisdiksjon i organisasjoner fremfor i markedet og utdanningssystemet. Hun viser til hvordan profesjoner kan bevare og utvide sitt ansvarsfelt og dominans ved å gå inn i nøkkelposisjoner og ta del i organisasjonens beslutninger. Sykehus er en organisasjon som er arena for profesjoners konkurranse, og som også brukes for å gi medlemmer økt status og økonomisk uttelling. I helsetjenesten er eksempelvis ledelse en mulig karrierevei. Sykehus blir et redskap for å posisjonere profesjoner, og utfordre legers dominerende stilling og makt, og som har fått oppmerksomhet i profesjonssosiologi (Abbott 1988; Etzioni 1969; Freidson 1970a, 1979b, 1988; Larson 1977; Witz 1992). Sykehus er organisasjonen rundt praksisstedene i mitt prosjekt. I sykehus er det mange og lange tradisjoner for profesjonenes jurisdiksjoner. Dette viser seg ved praksisstedene i de stillinger, oppgaver, formelt ansvar og myndighet som profesjonenes medlemmer har, og i hva som blir vektlagt i studentenes kvalifisering. Jeg retter søkelyset på profesjonenes samhandling på mikronivå. Det innebærer at posten er konteksten for deltakernes praksis. Sykehuset som organisasjon har ingen nøkkelrolle i mitt prosjekt, men det betyr ikke at strukturelle forhold er uten betydning.

2.1.2. Profesjoner og kunnskap

Et trekk ved idealtypiske profesjoner er at yrkesutøvelsen er basert på et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag (Parsons 1970; Abbott 1988; Freidson 2001; Molander & Terum 2008; Svensson & Evetts 2010). I møte med pasienten vil profesjonelle også trenge og bruke praktiske kunnskaper (Grimen 2008a; Vandvik 2009:120). I mitt prosjekt er perspektiv på kunnskap relevant for å forstå profesjonenes virksomhet og praksis som studentene deltok i. Her trekker jeg frem enkelte perspektiv på profesjonelles kunnskap og legger vekt på praktisk kunnskap. En utfordring er at forfatterne bruker ulike begrep knyttet til kunnskap, og at det blir lagt ulike ting i samme begrep. I fremstillingen har jeg valgt å bruke den forståelse av begrepene som forfatterne gjør.

Harald Grimen (2008a:72-74) redegjør for at profesjoners kunnskapsbase er heterogen til forskjell fra disipliner, som eksempelvis fysikk. En faktor er at deres teoretiske grunnlag består av kunnskap hentet fra flere vitenskapelige disipliner og fagfelt. Og en sentral del i profesjoners kunnskapsbase er kunnskaper som er utviklet i praksis (ibid.). Et trekk ved profesjoners kunnskapsbase er at det ofte er mangelfulle teoretiske forbindelser mellom kunnskapselementene. Det er i praksis at sammenhenger mellom de mange og ulike kunnskapselement blir dannet. Grimen vektlegger at det er krav i utøvelsen som skaper meningsfylte forbindelser og ikke en samlet teori. Hensikten med profesjonelles arbeid er grunnlaget for at kunnskapsbasen utgjør en enhet. Grimen kaller dette en «*praktisk syntese*». Oppgavens karakter avgjør hvordan meningsfylte kunnskapselement er forbundet på bestemte måter. I profesjonelt arbeid blir også ulike praksisformer forbundet med forskjellige vitenskapsområder. Dette gjør at sammenhengen mellom teoretiske kunnskaper og praksis er sammensatt og ikke kan forstås som enkle koplinger (Grimen 2008a:74-79). Som følge av den vitenskapelige utvikling, er det en større grad av teoretisk syntese i enkelte profesjoner, som medisin (Grimen 2008a:72-74). En profesjons kunnskapsbase er derfor å forstå som en vev av teoretiske og praktiske kunnskapselement. Kunnskapsbasen blir satt sammen uti fra hva som skal til for å nå formålet (Grimen 2008a:72-74). For helseprofesjonene vil formålet med å undersøke, diagnostisere, behandle, pleie, rehabiliterer og forebygge, danne basis for hvordan deres kunnskapsbase er satt sammen, og hva profesjonens studenter trenger å lære.

Et poeng Grimen fremhever er at praktisk kunnskap er indeksert. Det vil si at kunnskapen peker på sitt opphav, hvor den brukes og hvem som er bærere. «Praktisk kunnskap kjennetegnes av at kunnskapens form og innhold ikke lar seg løsrive fra dem som har den, og fra situasjoner hvor den blir lært og anvendt» (Grimen 2008a:76). Praktisk kunnskap skiller seg fra teoretisk kunnskap som er uavhengig av hvem som bruker den, til hva og i hvilken kontekst. Teoretiske kunnskaper er representasjoner av virkeligheten, eksempelvis uttrykt i språk og fysiske formler (Grimen 2008a:83), mens praktiske kunnskaper blir uttrykt i handling, vurdering og skjønn (Molander1993:40). I *The Concept of Mind* får Gilbert Ryle (2009) frem forskjellen i begrepene «*knowing how*» og «*knowing that*». Teoretiske kunnskaper om hva, bidrar til å definere, klassifiserer og strukturere deler av virkeligheten. Kunnskaper om kunne gjøre, er knyttet til fortrolighet og handling. Dette skillet har påvirket hvordan vi forstår profesjonelles kunnskaper. Bengt Molander (1993: 49, 59) peker på at *knowing how* hos Ryle også omfatter utvikling for å bedre handlingen. I kyndige

profesjonelles kunnskap er formål og fortrolighet avgjørende, da kodifisert kunnskap, generelle regler og teknikker ikke er tilstrekkelig handlingsledende (Molander 1993:181). En side ved å kunne handle er at fokus er på handlingen, mens kunnskaper og teknikker som styrer handlingen ligger i bakgrunnen. Når handling står i sentrum i profesjonelles virke, kan grunnlaget for deres handling og samhandling være uttalt. Dette utelukker ikke at underliggende kunnskap kan artikuleres i forkant eller i etterkant av handlingen (Grimen 2008a:80). Det kan være utfordrende å få frem handlingsledende kunnskaper som gjerne er tatt for gitt (ibid.). I praksisfeltet kan det være krevende for studenter å forstå forbindelser mellom handling og handlingsgrunnlag. Hva som er underforstått i det som blir sagt og gjort, blir ikke mindre utfordrende å forstå når flere profesjoner er involvert i pasientarbeidet. I analysene har jeg rettet oppmerksomhet på det implisitte når flere profesjoner samhandlet om vurderinger og oppfølging av felles pasienter, og hvordan studentene fanget opp handlingsgrunnlaget.

Helseprofesjoners praksis har en normativ side. Det betyr at profesjonelle utøver skjønn og gjør verdivalg når de bruker kunnskap. Harald Grimen og Anders Molander (2008:182-193) redegjør for skjønn som praktisk resonnering over hva som bør gjøres i en konkret situasjon. Det er krevende når profesjonelle skal overføre kunnskaper og handlingsregler i situasjoner der kunnskapsbruken er usikker. Profesjonelle prøver å finne svar på hva de skal gjøre og hvorfor i situasjonen. Handlingsvalget skjer ved å kombinere beskrivelsen av situasjonen og normer (ibid.). Valg av (be-)handling blir begrunnet ved å forbinde relevant og flere typer kunnskaper om pasientens problem og om konsekvenser av tiltaket samt kriterier for hva som er til pasientens beste. Her er det ulik grad av usikkerhet (ibid.). Utøvelse av skjønn vil også alltid omfatte noe førstepersonerfaring (ibid.). Når handlingsregler er mangelfulle, uklare eller må vektas ulikt, blir begrunnelsen til i samspillet mellom førstepersonerfaring og lokale tradisjoner. Personlig erfaring varierer både som følge av livslengde og hvilke type situasjoner der vurderingene er gjort (Grimen 2008a:78). Dreier (1999:82) og Wenger (1998:154/2004: 179) bruker begrepet *bane* for å få frem personens utviklingsforløp og betydningen av å delta, erfare og lære i ulike praksiser. Polanyi (1962) bruker «*personal knowledge*» om personers handlingsgrunnlag. Utvikling av personlig kunnskap skjer gjennom opplevelser og erfaringer som er knyttet til en kulturell arv eller tradisjon for å forstå, føle og handle. Personlig praktisk kunnskap innebærer å kunne bruke det en vet i handling på en god måte (ibid.). Personlig kunnskap er vesentlig i utøvelse av skjønn, og gjør at personer ikke kan erstatte hverandre

fullt ut i profesjonelt virke (Grimen & Molander 2008:79). Når studenter er i praksisfeltet, vil de erfare at det er knyttet usikkerhet til vurdering av problem, kartlegging og tiltak. De vil erfare hvordan profesjonelle bruker sin personlige kunnskap i arbeidet. Studentene vil møte sin og andre profesjoners tradisjon og postens kultur for hvordan pasienters situasjon kan forstås, hva som kan gjøres, hvordan og på hvilket grunnlag. Sagt på en annen måte, hva praksis er ved posten og i profesjonen lokalt, er sentralt å løfte frem i analysene for å belyse studentens utvikling av profesjonalitet. Her er deltakerbaner et analytisk redskap for å forstå deres deltakelse og læring ved posten. Jeg kommer tilbake til begrepet deltakerbaner i 2.4.1.

Bruk av praktiske kunnskaper er forbundet med normative forventninger og handlingsregler (Grimen & Molander 2008:188). Praktiske kunnskaper har et formål, og for profesjonelle i sykehus handler det om å hjelpe pasienter på en god måte, enten de skal tilbake i full aktivitet eller de avslutter livet. Praktiske kunnskaper gjør at en kan handle og bruke handlingsregler for å vurdere om handlingen er god eller ikke (Polanyi 1962: 30-). I boken om Polanyi teorier redegjør Bertil Rolf (1991:116-123) for tre typer praktisk kunnskap: *ferdighet*, *know how* og *kompetanse*. I mitt prosjekt åpner denne tredelingen å få frem sider ved utvikling av kunnskaper ved posten og ved studentens deltakelse. *Ferdighet* blir utviklet gjennom erfaring, og omfatter ofte en sensorisk vurdering. Utøveren vurderer selv handlingen i lys av reglene for utøvelse. Dette utelukker ikke at ferdigheter læres i et fellesskap eller påvirker andre. I helsepersonells virksomhet er ferdigheter nødvendige og sentrale. Det kan dreie seg om å sette sprøyter, høre lungelyder, kjenne leddbevegelse og håndtere rullestolen. Profesjonelle bruker sine ulike ferdigheter i problemløsning for pasienter. De justerer utførelsen til situasjonen for å oppnå formålet med handlingen. Eksempelvis kan dette være å tilpasse sprøytetikk, plassering av stetoskop og kraftbruk i leddundersøkelse til pasientens kropp eller tilpasse rullestolens fart til underlaget. Poenget er at den profesjonelle selv kan evaluere kvaliteten på ferdighetene i lys av om handlingen førte til ønsket resultat (Polanyi 1962:30). Ferdigheter vil være en side ved studentenes læring i praksisstudiet.

Rolf (1991:118) viser til Ryle (1949/2009) i sitt syn på hvordan *know how* skiller seg fra ferdighet. *Know how* er en form for praktisk kunnskap der utøverens handling følger og blir vurdert ved sosialt skapte regler. Utøveren må kjenne og bruke fellesskapets regler for praksis for å kunne handle. Kriterier for god praksis avhenger dels av situasjonen, men evaluering av handling skjer med henvisning til andre. Praksis blir vurdert i lys av profesjonens regler og

kollegiale kriterier. Dette åpner for å bekrefte og opprettholde profesjonens praksis og handlingsregler. Rolf (1991:120) fremhever at når profesjonelle er avhengig av hverandres aktivitet, er evaluering også knyttet til hvordan utøvernes handlinger samspiller. Når flere profesjoner deltar, kan det være utfordrende å avgjøre hvilke regler som gjelder for praksis. Know-how forstått på denne måten, retter søkelyset mot aktørenes felles handlingsgrunnlag ved postene, og hvordan dette påvirket studentenes deltakelse og praksis.

Den tredje form for praktisk kunnskap som Rolf (1991) omtaler er *kompetanse*. Kompetanse dreier seg om å kunne tilpasse, tolke, presisere og endre handlingsreglene. Forandring blir til som følge av at situasjon eller omgivelser krever endring av mål, prosedyrer og regelsystem (Rolf 1991:120,122). Know how og kompetanse ligger i de sosiale relasjonene. Begge handler om å kunne løse problem og bruke handlingsregler. I tillegg betyr kompetanse at utøveren kan endre reglene ved å bruke teori, symbol eller refleksjon. Praksis kan endres og kompetanse kan utvikles når feil og uklarheter kommer frem og blir tatt tak i av fellesskapet (Rolf, Barnett & Ekstedt 1993, kap.3, 4). Hos Polanyi (1962) har språket en sentral funksjon for å påvirke handlingsregler og utvikle kunnskap. Profesjonelle kan ved artikulasjon og refleksjon påvirke regelsystemet og utvikle handlingsreglene i profesjonens fellesskap. Det er språket som gjør det mulig å skape distanse, diskutere, kritisere og fornye praksis (Rolf 1991:126). Rolf et al. (1993:62-68) vektlegger avstanden mellom handling og refleksjon for å få til utvikling. De er derfor kritiske til Donald Schöns (1983,1987) teori om refleksjon-i-handling. Kritik og problematisering av praktiske kunnskaper skjer på grunnlag av kvalitetskriterier for handling. Likevel kan dette by på utfordringer fordi utøverne ikke er helt bevisste på hva de tar for gitt i handlingsgrunnlaget (Grimen 2008a). Profesjonelles posisjon i fellesskapet er en annen faktor som har betydning for å få gjennomslag og endre profesjonens praksis. Kompetanse kan gjøre det mulig å påvirke regler slik at de både kan fremme og hemme utvikling (Rolf 1991:123). For mine analyser er slike sider ved utvikling av praksis og kompetanse sentrale fordi ved postene fordret pasientens problem handling fra og samhandling mellom flere profesjoner. Grimen (2008a) konkluderer med at praktiske kunnskaper både må kunne artikuleres, læres, kritiseres, overføres og akkumuleres for å betegnes som kunnskap. De tre former for praktisk kunnskap er en inspirasjonskilde i analysene av hvordan samhandling over profesjonsgrenser danner felles praksis og handlingsgrunnlag ved praksisstedet og bidrar i studentenes læring.

2.1.3 Kunnskap og fler-, tverr- og transprofesjonell praksis

Jeg tar utgangspunkt i Grimens begrep praktisk syntese, som betyr at formålet bestemmer hvordan profesjonens kunnskapsbase blir satt sammen, hvilke element som inngår og hvordan disse er forbundet til meningsfulle sammenhenger (Grimen 2008a). Når praksis involverer flere profesjoner, kan dette påvirke hvilke elementer som inngår og deres forbindelser. Jeg bruker praktiske synteser i analysene for å få frem hvordan kunnskaper fra flere profesjoner blir forbundet og bidrar til postenes praksis og studentenes læring.

Når pasienter har sammensatte problem, kan det være nødvendig å trekke inn kunnskap fra flere profesjoner for å løse oppgavene. *Flerprofesjonell praksis* åpner for at aktører kan arbeide hver for seg med ulike deler av oppgaven eller pasientens problem. En slik praksis passer inn i bildet av profesjonelle som omformer problem slik at det passer til deres og profesjonens kunnskapsfelt og -bruk (Abbott 1988; Eraut 1994:223). Flerprofesjonell praksis er da med å bekrefte og opprettholde profesjonenes kunnskaps- og arbeidsfelt. Hver profesjon bruker sin kunnskap for å nå formålet. For aktørene er informasjonsutveksling tilstrekkelig for å koordinere arbeidet. Bakenforliggende kunnskap og vurdering trenger ikke å komme frem. Praksis åpner derfor i liten grad for å utvikle kunnskap ved å bruke kunnskapselement fra ulike profesjoner. Å nå felles formål i flerprofesjonell praksis forutsetter at aktørene stoler på hverandres vurdering og handling. Det betyr at hver profesjon er ansvarlig og løser sin oppgavedel, og forventer at andre gjør det samme. Måten og kvaliteten i løsningen av felles oppgave, avhenger av hvordan den enkelte utfører og vurderer sin handling. Flerprofesjonell praksis innebærer tillit til hverandres kunnskapsbruk. Dette kan gjøre at kvaliteten i andres arbeid blir tatt for gitt, og at aktørene ikke kontrollerer andres vurdering og handling (Grimen 2008b:206). Derfor kan flerprofesjonell praksis forme effektive rutiner, der lite tid går til felles planlegging og kontroll av andres bidrag (ibid.). En rutinepreget praksis kan redusere aktørenes mulighet for å oppdage feilvurderinger og utilstrekkelig kompetanse. For å følge Rolf et al. (1993) er det i flerprofesjonell praksis opp til den enkelte profesjon å vurdere om handlinger er i tråd med kriterier for god praksis. Den utviklingsmulighet som ligger i å vurdere praksis ved å trekke inn andre profesjoners kriterier og perspektiv, forblir ubrukt.

I *tverrprofesjonell praksis* blir profesjoners praksis knyttet sammen ved at aktørene bruker hverandres kompetanse. Ved å videreføre Grimens begrep, kan vi forstå denne integrasjon som praktisk syntese. Det vil si at aktørene kan utvikle kunnskap fordi oppgaven fordrer at

elementer fra flere kunnskapsbaser blir sammenkjedet på bestemte måter. Måten som felles oppgave blir løst og koordinert, skjer ved å forbinde aktørenes handlingsgrunnlag. Dette gjør at tverrprofesjonell praksis kan åpne for at aktørene videreutvikler sine kunnskapsbaser ved å trekke inn elementer fra andre profesjoners kunnskapsfelt. Med andre ord åpner profesjonene for innsikt i hverandres handlingsgrunnlag. Dette står i kontrast til et syn der profesjonen begrenser for andres innsyn i sin kunnskapsbruk som ledd i en strategi for å opprettholde jurisdiksjon (Abbott 1988). I tverrprofesjonell praksis er aktørene sammen ansvarlige for å nå formålet og løse oppgaven på måter som gjør at de forstår hva andres vurdering og handling betyr for pasientforløpet. Dette innebærer ikke kontroll av andres praksis, men åpner for å danne felles forståelse av problem, vurdering og tiltak. Når profesjonelle er del av virksomhet ved sykehus, møter de andre profesjoners praksis. De er sammen ansvarlige for og kan skape gode pasientforløp. Aktørene bruker hverandres bidrag for å nå formålet og løse oppgavene. Dette står i et spenningsforhold til en forståelse der profesjoner hegner om sine arbeids- og kunnskapsfelt (Abbott 1988; Freidson 2001; Hughes 1984; Larson 1977). Tverrprofesjonell praksis vil ikke si at alle kan gjøre alt og at ingen har ekspertkunnskap. Utvikling av kunnskap i tverrprofesjonell praksis avhenger av deltakernes relasjoner og muligheter for å vurdere og diskutere kriterier for god praksis (Rolf et al. 1993). Dette innebærer at deltakerne kan bidra til andres forståelse og praksis, og at de stiller spørsmål til hverandres vurdering og begrunnelse.

Transprofesjonell praksis skaper uklare skiller både mellom profesjoners kunnskapsfelt og oppgavefordeling. Opprettholdelse av profesjoners kunnskapsfelt og - anvendelse blir satt under press, motsatt av hva som gjaldt i flerprofesjonell praksis. Aktørenes kunnskap utvikles i retning av å bli mer lik til tross for ulik profesjonsbakgrunn. I siste instans kan en se for seg at de utvikler felles spesialistkompetanse i et smalt felt og blir en ekspertgruppe. Utvikling av felles generalistkompetanse er en annen mulighet. Begge tilfeller kan endre kunnskapsbasene. Når flere profesjoner har samme oppgave over tid, kan dette påvirke vurderingskriterier og handlingsgrunnlag. Kunnskapselement og forbindelser som ikke blir brukt, kan gli ut og andre komme til, og slik endre profesjonens kunnskapsbase. Transprofesjonell praksis kan fremstå som et godt alternativ for pasienter som trenger ytelser fra flere personer og profesjoner. En slik samordning kan synes effektiv, god og økonomisk for samfunnet. Generalistkompetanse kan forstås som at aktører lærer og bruker en håndverksversjon av andre profesjoners kunnskaper (Abbott 1988:64-6). En slik håndverksversjon med få redskap for å artikulere praksis, gjør det vanskelig å endre praksis og handlingsgrunnlaget (Rolf 1991). I praksisfeltet

blir aktørenes kunnskaper mer like, og den enkelte profesjons ansvar og vurderingskriterier for praksis blir utydelig. Dette kan redusere deres mulighet å trekke på profesjonenes ulikhet for å stille spørsmål og diskutere bakenforliggende begrunnelser og vurderinger.

2.2. Praksisfellesskap

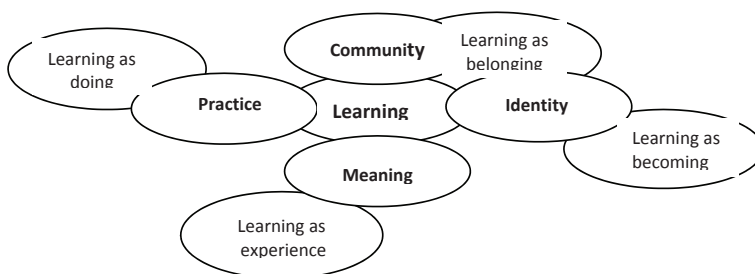
Her redegjør jeg for Wengers teori om praksisfellesskap. Et avsnitt handler om tilhørighet og meningsforhandling. Siste avsnitt er om praksisfellesskap forstått som kompetansesystem.

2.2.1. Praksisfellesskap

For å belyse hva som skjer i praksisfeltet og studentenes læring, bruker jeg Wengers sosiale læringsteori som det sentrale analytisk perspektiv. Wengers teori om praksisfellesskap er et av mange sosiokulturelle perspektiv på læring og kunnskap, der sentrale røtter er Vygotskij, Dewey og Mead (Dysthe2001). Felles for sosiokulturelle perspektiv er at kunnskap utvikles i en kontekst ved å delta i samhandling. Sentralt hos Lev Vygotskji (1978, 2001) er at individet lærer og bruker redskaper, særlig språket, ved å delta i målrettet aktivitet. Språk et medierende redskap for å handle og forstå i samspillet med andre. Også John Dewey (2005) fremhever kommunikasjon og språk for å forstå, tenke og dele kunnskap. Læring skjer i aktivitet og i samhandling. Georg Herbert Mead ser også sosial samhandling som forutsetning for læring. Læringen er en prosess som skjer i konkrete situasjoner og er relasjonell (Dysthe 2001). Det sentrale begrep hos Wenger (1998:11/2004:22) er praksisfellesskap, og er en videreutvikling av praksisfellesskap som Jean Lave og Etienne Wenger (1991/2003:83) brukte i sin teori om relasjonell og situert læring. Det å kunne er evnen til å være deltaker i et praksisfellesskap. Wenger brukte empiri fra feltarbeid i forsikringselskap i sin teoriutvikling. Alle tilhører flere praksisfellesskap, der praksis er både opphav til og limet i fellesskapet (Wenger 1998:16,105). Praksisfellesskap blir utviklet lokalt og bidrar til at deltakerne får gjort arbeidet, og at de opplever arbeidet meningsfylt. Wengers fokus er personer som arbeider sammen og utvikler lokal praksis i arbeidsorganisasjoner. Fellesskap som utvikler praksis og som speiler felles virksomhet og tilhørighet, er *praksisfellesskap*. En side ved praksisfellesskapet er læring og forutsetter handling og deltakelse. Felles praksis viser fellesskapets læring og er resultat av deltakelse. Eksplisitte sider ved praksis omfatter det som er artikulert, språk, begrep, redskap, artefakt, symbol og definerte roller. Praksis har underforståtte og uttalte sider som relasjoner, antakelser, forståelser og oppfatninger. Fellesskapets praksis gir struktur og mening til handling og samhandling. Deltakernes oppfatning av hva som har betydning i fellesskapet og

virksomheten viser seg i praksis (Wenger 1998/2004). Praksisfellesskap er derfor noe mer enn samarbeid og skiller seg fra team og grupper ved at de blir holdt sammen av praksis og viten (Lave & Wenger 1991/2003:83; Wenger 1998:74/2004:91; Wadel 2002:49). Praksisfellesskap utvikler seg på organiske måter, og de kan derfor unndra seg institusjonens kontroll. Praksis utvikles i deltakernes handling og forhandling av hva som er felles virksomhet, kompetanse og gjensidig ansvarlighet. Utviklingen kan skape forbindelser mellom praksiser og deltakere som krysser grenser og strukturer. Derfor kan praksisfellesskap gi utfordringer i hierarkiske og byråkratiske organisasjoner (Wenger 1998/2004, 2007). Praksisfellesskapet avgjør hvem som tilhører fellesskapet, hva som er praksis og kompetanse, samt hva som betyr noe. I sykehus kan profesjonelle tilhøre flere praksisfellesskap. Et mulig fellesskap er profesjonen, mens i andre fellesskap kan deltakerne være fra flere profesjoner.

Læring og kunnskap er sentralt i å delta i praksisfellesskap. Kunnskaper som blir utviklet i fellesskapet, bidrar til at arbeidet kan gjøres. Fordi kunnskap eksisterer i en praksis, er deltakelse i denne praksis en forutsetning for å lære og forstå (Wenger 1998:3-/2004:14-). I læring er praksis, fellesskap, mening og identitet forbundet og definerer hverandre. Wenger (1998:5/2004:15) fremstiller det dynamiske spillet mellom elementene i en figur:



Mening – læring som erfaring. Benevnelse for vår (vekslende) evne til

individuellt og kollektivt – oppleve livet og verdenen som meningsfull

Praksis – læring som handling. Benevnelse for delte historiske og sosiale ressurser, rammer og perspektiv som støtter gjensidig engasjement i handling.

Fellesskap – læring som tilhørighet. Benevnelse for sosiale sammenstillinger der aktiviteter defineres som verd å utføre, og deltakelse gjenkjennes som kompetanse.

Identitet - læring som å bli til/å være noen. Benevnelse for at læring endrer hvem vi er og skaper personlige utviklingshistorier i konteksten av våre fellesskap.

Disse fire elementene kjennetegner deltakelse som lærings- og kunnskapsprosess og er bygget inn i praksisfellesskap. Deltakelse handler ikke bare om hva vi gjør, men hvem vi er og hvordan vi tolker hva vi gjør. Læringens sosiale side er knyttet til fellesskap og praksis som skaper mening og identitet. Derfor vil læring forutsette handling og deltakelse som kan bli til erfaring og utvikling (ibid). I mitt prosjekt gir begrepene i Wengers overordnede fremstilling av praksisfellesskap en inngang for å få frem hvordan handling og deltakelse i sykehuspostens praksis og fellesskap bidrar i studentenes læring.

Praksisfellesskap er å forstå som en enhet som har tre sammenbindende dimensjoner: *gjensidig engasjement, felles virksomhet og felles ressursrepertoar* (Wenger 1998:72/2004:89). I analysene av tverrprofesjonell praksis ved postene bruker jeg disse begrepene. De tre dimensjonene påvirker hverandre gjensidig i utvikling av praksisfellesskap. Deltakere samhandler og påvirker hverandre gjensidig i praksisfellesskap. *Gjensidig engasjement* handler om å delta i meningsforhandling og aktiviteter som har betydning i fellesskapet (Wenger 1998:73-7/2004:90-5). Deltakerne vet hvem de er, hvem som kan hva og hvordan de kan hjelpe hverandre. Deres ulikhet og forskjellige kompetanse er å forstå som ressurser. Homogenisering av deltakeres kompetanse er ikke et mål. Det vil si at deltakere kan ha ulik kompetanse og funksjon som i team, der bidragene mer utfyller enn overlapper. Praksisfellesskap kan bestå av likemenn med en spesialisering som en profesjon. Det er mulig å være medlem både i teamet og profesjonen (ibid). Gjensidig engasjement både åpner og avgrenser for deltakelse, samt former deltakernes relasjoner i praksisfellesskapet. Wenger beskriver deltakernes gjensidige relasjoner som en blanding av både avhengighet og makt, autoritet og kollegialitet, tillit og mistillit, allianse og konkurranse, føyelighet og motstand, vennskap og uvennskap. Derfor kan ikke relasjonene reduseres til enkle prinsipp om makt, samarbeid, konkurranse, ønsker, økonomi, nytte og informasjonshåndtering. Gjensidig engasjement kan skape konsensus, gjensidig respekt og samarbeid, men dette kan også gi spenning, uenighet, utfordringer, konflikt og konkurranse (ibid).

Den andre sammenbindende komponenten i praksisfellesskap er *felles virksomhet* (Wenger 1998:77-82/2004:95-100). Det vil si at deltakernes meningsforhandling danner deres forståelse av hva felles virksomhet og formålet er, samt av deres interessefelt og ansvar. Den lokale praksis blir skapt i meningsforhandling. Ytre krav, rammer og ressurser blir inkluderte i denne forhandling av hva praksis er. Forståelse av felles virksomhet omfatter forhandling om

betydningen av institusjonen, forskrifter, regler, mål og måleredskap. Det betyr at forhandlet virksomhet avgjør hva virksomheten er/ikke er, hva har stor/mindre betydning, hva en kan gjøre/ikke gjøre, hva en skal være oppmerksom på, hva som er gitt, hva som skal forsvares /ikke forsvares, hva en kan/ikke kan snakke om og hvordan samhandle. Meningsforhandling om felles virksomhet skaper gjensidige ansvarlige relasjoner og blir del av praksis (ibid.). Flere trekk ved deltakeres forståelse av felles virksomhet har likheter med at profesjonelle har felles forståelse av hva som er profesjonens oppgaver, praksis og ansvarsfelt. I min avhandling et spørsmål hvordan felles virksomhet blir forstått når deltakerne er fra flere profesjoner, både postens virksomhet og i felles interessefelt rundt den enkelte pasient.

Den tredje sammenbindende side ved praksisfellesskap er bruk og utvikling av *felles ressursrepertoar* som språk, begrep, redskap, symbol, genre, fortellinger, rutiner, referanser og artefakt (Wenger 1998:82-4/2004:100-3). Felles repertoar bærer med seg fellesskapets historie og åpner for flere tolkninger og meninger. Effektiv kommunikasjon er ikke det samme som å overføre mening. Dette gjør flertydighet til en ressurs som fremmer forhandling og meningsdannelse (ibid.). I sykehus er kommunikasjon utfordrende når profesjoner bruker ulik fagterminologi om hvordan de forstår, vurderer og løser problem. Fagspråk kan avgrense de som har et annet handlingsgrunnlag og andre profesjoners fra å delta i meningsdannelse. Dette kan gjøre det krevende for studenter å delta i samhandling ved praksisstedet. Säljö (2001:85) peker på at når flere profesjoner samarbeider om problem, trenger de felles redskap og språk for å forstå hverandre. I samhandling har språket som redskap, tre funksjoner. En syntaktisk eller *utpekende funksjon* som gir objekt og fenomen en felles benevnelse eller kategori. Dette innebærer at språklige uttrykk gjør det mulig å *overføre* kunnskap mellom aktører. Språkets andre funksjon er *semantisk* eller symbolsk, og viser til at språklige uttrykk kan bety ulikt. Det vil si at aktører deler kunnskaper ved å *oversette* eller tolke språklige uttrykk. Den tredje funksjonen er *retorisk* eller pragmatisk, og gjør det mulig å samhandle. Da blir språklige uttrykk *omformet* til handling som viser hva meningen innebærer i praksis (Säljö 2001:84-; Carlile 2002, 2004). Språket en sentral og avgjørende ressurs enten det er samtale eller bruk av dokumentasjon. I sosiale læringsperspektiv er deltakeres forståelse innbakt i og skjer ved hjelp av slike delte ressurser (Säljö 2001:121). Wenger (1998:55-/2004:66-) peker på at språkets mangetydighet gjør at tingliggjøring og deltakelse samspiller i meningsdannelse. Språkets funksjon er knyttet til deltakeres tingliggjøring, og jeg trekker inn begrepene overføre, oversette og omforme i analysene av samhandling, praksis og utvikling.

2.2.2. Meningsforhandling og tilhørighet i praksisfellesskap

Sentralt i Wengers teori er meningsforhandling. Mening blir til i forhandling og er en aktiv prosess som gjør at verden og eget engasjement oppleves meningsfullt. Dette er et dynamisk samspill mellom det å handle, tenke, tolke, forståelse og respons som gir mening. Derfor skaper meningsforhandlingen stadig nye vilkår for videre meningsdannelse. I praksisfellesskap forutsetter meningsforhandling et samspill mellom *deltakelse* og *tingliggjøring* (Wenger 1998:55, 62-/ 2004:66, 77-). Hos Wenger er *deltakelse* en prosess som omfatter handling, samtale, tenkning, følelser og tilhørighet og er ikke synonymt med samarbeide (1998:55-7/2004:70-2). Ved sin deltakelse skaper fellesskapets medlemmer både individets opplevelse og fellesskapet gjensidig og samtidig. På denne måte er deltakelse med på å utvikle identitet og forbinder opplevelse av mening med tilhørighet og medlemskap i flere fellesskap. Deltakelse i fellesskap gjør at deltakere opplever gjenkjenning i hverandre og former gjensidige relasjoner. Deres gjensidige ansvarlighet viser seg i deres handling. Det vil si at i de trekker på normer og regler i de fellesskap som de tilhører. Når en utfører aktivitet alene, som å skrive og lese hva andre har skrevet, kan det implisitt forbinde en til andre og fellesskapet (ibid.). *Tingliggjøring* er en prosess der deler av praksis får en tilstivnet form ved å bruke begrep, redskap, symbol, abstraksjon og historier (Wenger 1998:57-62/ 2004:72-77). Deltakeres opplevelse og erfaring blir gjort konkrete i tingliggjøring. Dette handler om å oppfatte, skape, tolke, kategorisere, retolke og bruke erfaringer. Med andre ord gjøres tilstivnede former av erfaring og praksis til et slags objekt som det er mulig å presentere for andre og å forhandle om. Styrken ved tingliggjort praksis er at den kan transporteres og bestå en periode og at den kan rette fokus på bestemte forhold. Men dette gjør også at handling kan bli fastlåst og dekke til ulikhet, likhet, nyanser og uklårheter. Derfor kan styrken ved tingliggjøring også bli en svakhet. Tingliggjøring kan forutsette en bestemt tolkning for at noe skal gi mening og hindre misforståelser (ibid.).

Deltakelse og tingliggjøring forutsetter og utfyller hverandre (Wenger 1998:62-71/2004:77-88). Deltakelse gjør det mulig å tolke tingliggjøring, som på sin side kan tolkes på flere måter. Uten tingliggjøring kommer ikke bakenforliggende hensikter og handlingsgrunnlag frem. Dette betyr ikke at alt kan artikuleres verbalt, og at alt forutsetter deltakelse for å gi mening. Tingliggjøring gjør erfaring og praksis tilgjengelig for andre, mens observasjon av handling gjør deltakelse tilgjengelig for andre. Wenger forstår deltakelse både som en sosial prosess og personlig erfaring. Dette gjør at deltakernes historie er grunnlaget for hvordan de tolker hva

som blir sagt og vist, hva dette betyr og hva fokus er. Samtidig er deltakelse organisert rundt tingliggjøring og avhengig av å bruke redskap, ord og begrep som kan videreføres og gjøre fortsatt deltakelse mulig. Deltakelse og tingliggjøring veier opp for hverandres begrensninger, uten at det er et fast mønster i meningsdannelsen av hva som tingliggjøres og hva som krever deltakelse. Samspillet mellom deltakelse og tingliggjøring utvikler og bekrefter mening, praksis og felleskapet (ibid.). I analysene har begrepsparet *deltakelse og tingliggjøring* bidratt til å forstå hvordan samhandling og meningsdanninge kjeder sammen aktiviteter, praksis og kunnskaper mellom profesjonene. Jeg bruker muntlig og skriftlig tingliggjøring, samt knytter deltakelse til direkte møter og bruk av PC. Det vil si hvordan deltakelse og tingliggjøring forutsetter og utfyller hverandre i dannelse av praksisfellesskap og i studentenes læring.

Ved å delta i meningsforhandling får vi eierskap til mening (Wenger 1998:201/2004:231). Det vil si at mening og evne til å forhandle mening, blir en del av hvem en er. Lokal mening speiler hva som har gyldighet i et praksisfellesskap. Deltakere har ulik grad av kontroll over å danne, bruke og påvirke fellesskapets mening. Med andre ord blir deltakeres mening tillagt ulik vekt som gangbar og konkret tolkning av en sak, idé og redskap (ibid.). Her er det parallellt til hvordan medlemmer utvikler kompetanse innen profesjonen (Rolf 1991). Lokalt forhandlet mening inngår i større sammenhenger, meningsøkonomier (Wenger 1998:198-/2004:228-). Det vil si at mening blir skapt flere steder og disse konkurrerer om å definere handling, situasjon og redskap. Mening har ulik status i slike større kontekster, og statusen påvirker verdien av den lokale mening. For eksempel kan god helse bli definert i en eller flere profesjoners diskurs. Da vil andre former for erfaring bli mindre gangbare og gjøre at andre ikke deltar i meningsdannelsen. I mitt prosjekt blir utvikling og opprettholdelse av lokal praksis og mening ved postene interessant. Hva aktørene mener har gyldighet, og hva de vektlegger i meningsforhandling om postens virksomhet, praksis og kompetanse, kan være påvirket av profesjonens og postens fellesskap eller sykehusets styringssystem.

Sentralt i praksisfellesskap er utvikling av tilhørighet og identitet, og forutsetter deltakelse i felles meningsdanninge. Wenger beskriver tre tilhørighetsformer: *gjensidig engasjement*, *innordning* og *fantasi* (Wenger 1998:202-06/2004 232-37). Felles praksis innebærer *gjensidig engasjement* i meningsforhandling, og vil si å kunne delta både i produksjon og godkjenning av deltakernes bidrag (Wenger 1998:202-03/2004:232-4). Engasjementet kan både fremme og hemme deltakelse meningsforhandling, og derved også tilhørighet til praksisfellesskapet.

Meningsforhandling gjør at deltakere lærer hva de kan gjøre og hvordan andre reagerer på deres handling. Utvikling av identitet som deltaker eller ikke-deltaker, avhenger av at bidrag blir anerkjent eller aldri blir akseptert. Selvforståelse blir til i måten som deltakere engasjerer seg i hverandre og omgivelsene. I mine analyser er et spørsmål hvordan gjensidig engasjement bidrar til studentenes tilhørighet og profesjonelle utvikling. Tilhørighet viser til evne, mulighet og rett til å bidra, ta ansvar og utvikle mening som betyr noe i fellesskapet (ibid.). Mulighet for å delta må sees i lys av studentens posisjon i og sammensetningen av praksisfellesskapet. I mitt prosjekt er deltakerne fra flere profesjoner, og deres posisjon er knyttet til at profesjonens bidrag er anerkjent i postens praksis og kompetanse.

Innordning er en annen måte å delta i felles praksis og meningsdannelse, som også skaper tilhørighet (Wenger 1998:205-07/2004:236-7). Innordning er en måte å koordinere handling og aktivitet. Dette kan være å følge gitte retningslinjer og overholde normer. Slik innordning forutsetter ikke kompleks meningsforhandling og konfrontasjon mellom flere perspektiv. Ved innordning er det koordinering av handling, tolkning og perspektiv som gjør at fellesskapet kan nå overordnet mål. Innordning kan handle om delegering, tillit og overtalelse. I profesjonell identitet inngår å følge etiske retningslinjer, og nyansatte i sykehus blir innført i skjema og rutiner for dokumentasjon. Begge deler er eksempler på innordning. Krav om evidensbasert virke og dokumentasjon av effekt gjør at profesjonelle følger bestemte rutiner og manualer (Svensson & Evetts 2010). Tilhørighet til slike institusjonelle diskurser skjer i hovedsak som *innordning*. I praksisfellesskap blir tilhørighet primært til i *gjensidig engasjement* (Wenger 1998/2004). Den mest effektive form for innordning er føyelighet og konformitet. Fravær av meningsforhandling kan gjøre at deltakere bruker redskap uten å kjenne bakenforliggende betydninger og perspektiv. Slik bokstavelig innordning kan bli et tveegget sverd. Lite forståelse av handlingsgrunnlaget kan føre til manglende innordning og tilhørighet. Fravær av meningsforhandling kan hemme fleksibilitet og utvikling i møte med nye situasjoner, og til slutt oppløse praksisfellesskapet (Wenger 1998:207/2004:237).

I tillegg til innordning og engasjement er *fantasi* eller *forestilling* en tilhørighetsform (Wenger 1998:203-05/2004:234-6). Deltakere skaper forestillinger om hvem de og praksisfellesskapet er. Ved å knytte sin erfaring sammen med andres fortellinger om hva hendelser betyr, kan deltakere utvikle felles mening. Deres forestillinger hjelper deltakere til å orientere seg og forstå hva praksis og kompetanse er i fellesskapet. Forestillinger om lite tilgang og mulighet

til engasjement i fellesskapets sentrale aktiviteter, forhandlinger og ressurser, kan hindre deltakelse. Forestillinger kan få frem hva det vil si å være medlem, skape tilhørighet til praksisfellesskapet og medeierskap til felles mening. Et poeng er at forestillinger ikke bare er tingliggjøringer, men gjør fellesskapets historie til en personlig erfaring og del av identiteten. (ibid). I analysene av studentenes deltakelse og læring er tilhørighet i form av forestilling aktuelt, for eksempel om deres fremtidig profesjon og profesjonalitet.

Begrepene *gjensidig engasjement, innordning og forestilling* åpner for å få frem måter som aktørene kunne delta og deltok i praksis og praksisfellesskap ved postene. I analysene av samhandling og meningsdannelse knytter jeg tingliggjøring sammen med de tre formene for deltakelse. Anerkjennelse og tilhørighet bidrar også til å belyse hvordan studentenes deltakelse ved praksisstedet bidrar i deres utvikling av profesjonalitet. I dette bildet inngår hva som er kompetanse i profesjonenes lokale samhandling og praksis. Utvikling av praksis omfatter kunnskaper, metoder, redskap, fortellinger og dokument som deltakerne deler og utvikler sammen (Wenger 1998:83/2004:101). Praksisfellesskap kan over tid utvikle kunnskaper, som kan endre og opprettholde evnen til å handle individuelt og kollektivt. Praktiske kunnskaper utvikles i interaksjonen mellom deltakerne og ulike praksiser. Dette samspillet er å forstå som meningsforhandling og forutsetter deltakelse og tingliggjøring (Wenger 1998:68-71/2004:83-8). Tingliggjøring uttrykker erfaring, praksis og virkelighet, og gjør det mulig å koordinere deltakernes handling og perspektiv. Samtidig er tingliggjøring med på å forme individets forståelse av verden og seg selv. Samspillet mellom deltakelse og tingliggjøring i meningsforhandling gjør personer og ting til det de er. Det vil si at i praksisfellesskap blir det skapt sammenhenger mellom det tause og eksplisitte, det formelle og uformelle, samt det individuelle og kollektive. Kunnskap blir da et spørsmål om hva som faktisk har betydning i felles virksomhet (ibid.). I mine analyser av postenes praksis bruker jeg begrepsparet deltakelse og tingliggjøring for å få frem hvordan forbindelser over profesjonsgrensene bidrar i bruk og utvikling av kunnskaper.

Praksisfellesskap kan lett assosieres med harmoni der målet er å fjerne ulikhet, men Wenger (1998:75/2004:92) fremhever at det er heterogenitet som skaper dynamikken i fellesskapet. Yrjö Engeström kritiserer Wengers teori om praksisfellesskap fordi det er for lite vekt på motsetninger og indre spenninger i systemet (Engeström, Punamäki-Gitai & Miettinen 1999). Engeströms virksomhetsteori hører også til under sosiokulturelle perspektiv på læring. I

denne teorien skjer endring av systemet som følge av motsetninger i virksomhetssystemet. Ann Edwards har brukt virksomhetsteori i sin forskning (2005a; Edwards, Daniels, Gallanger, Leadbetter & Warmington 2009:186). Hun peker på at virksomhetsteorien ikke helt fanger hva som skjer i området mellom systemnivå og individnivå (Edwards et al. 2009; Edwards, 2010:140). Edwards benevner samhandlingen i dette området som relasjonell virksomhet. Hun argumenterer for at relasjonell virksomhet åpner for å forstå forhandling om praksis for å lykkes med å løse komplekse oppgaver når flere aktører er involvert. Hun fremhever at ved å rette fokus mot relasjonell virksomhet, kan individuelle og samhandlings- endringer komme frem (ibid.). Edwards (2010:65) viser til at sosiokulturell teori som løfter frem dialog og redskap i samhandling, kan utfylle virksomhetsteorien. Hun viser ikke til praksisfellesskap, som nettopp plasserer seg i området mellom individ- og systemnivå (Wenger 1998:11-15/2004:22-26). Edwards et al. (2009) og Edwards (2010) redegjør for verdien av gjensidighet, felles forståelse av formål, andres bidrag og handlingsgrunnlag. Dette mener jeg å finne i praksisfellesskap som gjensidig engasjement og ansvarlighet, forhandlet felles virksomhet og felles ressurser (Wenger 1998:72-85/2004:89-104). Utvikling av felles kunnskap står sentralt i praksisfellesskap. Edwards (2010) peker også på at et trekk i relasjonell virksomhet er at aktørenes utvikling og bruk av kunnskaper er mer sentralt enn systemendring.

Wenger (1998:141/2004:165) omtaler kunnskap som erfaring, kompetanse og viten i handling. Sentralt er at kunnskap som har betydning, handler om å delta. Fordi kunnskap er erfaringsbasert, så skreddersydd, presis og aktiv, er kunnskap ikke bare det generaliserbare. Samtidig peker han på at kunnskap er for omfangsrik, mangfoldig, sammensatt og gammel til at individet alene er opphavet. Kunnskap formes i samspill mellom det lokale og globale. I mitt prosjekt vil praksis ved postene reflektere både lokalt forhandlet kompetanse og profesjonenes kunnskapsfelt. Postens praksis gir innblikk i hva som er kunnskap og påvirker hvem som er deltakere i fellesskapet. Dette har betydning for å forstå hva studentene må kunne for å være deltakere i postens og profesjonens praksisfellesskap.

Wenger (1998/2004) vektlegger at kunnskap holder praksisfellesskap sammen. Kunnskap blir definert i spesifikke praksiskontekster, slik at praksis speiler samspillet mellom deltakernes erfaringer og fellesskapets kompetanse. Deltakernes erfaringer blir mulige ressurser som kan påvirke og endre felles kompetanse. Vi kan forstå dette slik at både praktisk og andre typer kunnskaper er i spill i fellesskapets forhandling om hva som er kunnskap. I slike møter

mellom praksiser kommer det frem forskjeller i eksplisitte og mer implisitte sider ved praksis (Wenger 1998:138/2004:164). Hva som er felles virksomhet og hva formålet er, avgjør hva som er kunnskap. Samtidig er lokal forståelse av kunnskap knyttet til større sammenhenger og diskurser om kunnskap (Wenger 1998:141/2004:166). Deltakere i praksisfellesskap avgjør hva som god praksis og hvilke kunnskaper som har betydning for praksis. Hensikten for felles praksis ligger implisitt i meningsdannelse av felles virksomhet, ressurser og kompetanse (Wenger 1998/2004). I sykehus utvikler aktørene kunnskap i sin undersøkelse, behandling og møte med pasienten. Dette omfatter bruk av skjønn og profesjonens teoretiske kunnskaper. Deltakernes erfaring og praksis kan få betydning for felles praksis når deres tingliggjøring gir mening i praksisfellesskapet. En mulig utfordring følger av at dette til dels er praktiske kunnskaper. Samtidig er det nettopp tingliggjøringen som åpner for å tolke, vurdere, tilpasse, videreutvikle og endre praksis i samhandling med andre. I mine analyser er et poeng å få frem hvordan aktørene kan bidra til hverandres forståelse og praksis. Videre hva postens praksis er i meningsdannelse og utvikling av pasientforløp. Det vil si hvordan tingliggjøring og deltakelse bidrar i utvikling av praksis og kompetanse ved postene og i studentenes læring.

2.2.4. Praksisfellesskap som kompetansesystem

Lave og Wenger (1991/2003:83) forstår praksisfellesskap som en forutsetning for kunnskap fordi dette bidrar til å gi mening og understøtter tolkning. Samtidig vil sosial struktur, makt- og legitimitetsforhold i fellesskapet bestemme læringsmulighetene. Dette betyr at hva som blir lært, er påvirket av hvem som har innflytelse i samspillet mellom deltakernes erfaring og fellesskapets kompetanse. Med andre ord de personer som er og blir ansett som kompetente deltakere i meningsforhandling. Felles praksis vil forme hva deltakere må kunne og kan gjøre, for å bli anerkjent som kompetente (Wenger 1998:136-/2004:160-, 2007).

I praksisfellesskap er kompetanse kombinasjoner av felles virksomhet, gjensidig engasjement og felles ressursrepertoar (Wenger 1998:137-8/2004:162-3). Kompetanse vil si at andre anerkjenner deltakerens bidrag og erfaring. Anerkjennelse åpner for at personens praksis og erfaring påvirker fellesskapets praksis og kompetanse. Læring er knyttet til å delta i felles meningsdannelse, fordi da er deltakeres erfaring og fellesskapets kompetanse satt i spill. Hva som er kompetanse, og hvilke erfaringer og praksiser som har verdi i fellesskapet, avhenger av meningsforhandling. I meningsforhandling om kompetanse blir også deltakeres og profesjoners posisjoner avgjort (Wenger 1998:136-/2004:160-, 2000). Dette danner et lokalt

kompetansesystem, som gir deltakere ulik innflytelse i fellesskapets praksis og kompetanse. Posisjoner i systemet er også påvirket av deltakeres holdninger til hverandre og hverandres kunnskapsfelt og erfaring. Formelle strukturer, ansvars-, ledelses- og stillingsforhold i organisasjonen rundt fellesskapet, påvirker også kompetansesystemet. Slike forhold er med å posisjonere deltakere og deres innbyrdes forhold i praksisfellesskap. Betydningen som profesjoner tillegges i samfunnet virker inn (ibid.). Den bio-medisinske diskurs har legitimitet i samfunnet og stor innflytelse på hvordan pasienters situasjon og plager blir forstått og omgjort til diagnoser (Album 1996; Atkinson 1988:201; Freidson 1970a:206, 1970b:147; Måseide 2006). I dag blir medisinen utfordret av andre logikker (Freidson 2001), og i lokal meningsforhandling kan bidrag også bli vurdert utfra byråkratiske og markeds perspektiv (Wenger 1998/2004). I praksisfellesskap blir bidrag tillagt ulik vekt og grad av gyldighet, og gjør at ikke alle kan bidra hver gang. Kompetente deltakere kan både foreslå og godkjenne andres forslag i meningsforhandling. En ikke-kompetent deltaker erfarer stadig at egne bidrag ikke betyr noe for felles virksomhet og i meningsforhandlinger. Dette gjør at praksisfellesskap også er å forstå som et forhandlet kompetansesystem (Wenger 1998:137/2004:161).

Jewson (2007:79) kritiserer Wenger for ikke å redegjøre tilstrekkelig for forskjeller innen praksisfellesskap. Han mener dette gjør det vanskelig å få frem at ekspertise er ulikt fordelt mellom deltakerne. Wenger (1998:136-/2004:160-) vektlegger at kompetanse er mer enn å kunne utføre oppgaver, ha bestemt type informasjon og mestre abstrakte ferdigheter. Det er i praksis at praksisfellesskap avgjør hvem som er kompetente deltakere og i hvilken grad. Wenger viser til at kompetanse er kombinasjoner av gjensidig engasjement, felles virksomhet og repertoar. Kompetanse er knyttet til deltakeres evne til å:

1. forme relasjoner ved å engasjere seg i andre og reagere adekvat på deres handling. Det er ved å utvikle gjensidig engasjement at grunnlaget blir dannet for hvem deltakeren er.
2. forstå virksomheten så godt at en kan forhandle, vise ansvarlighet for og bidra til denne
3. bruke og engasjere seg i felles ressursrepertoar. Dette krever tilstrekkelig deltakelse, legitimitet og dyktighet til å gjøre fortellinger om praksis meningsfulle på nye måter.

Samlet avgjør praksis hvem som er troverdige og kompetente deltakere. Dette gjør at kompetansesystemet er dynamisk som praksisfellesskapet. Wenger (1998:140/2004:165) mener at dynamikken i fellesskap avhenger av spenningen mellom deltakernes erfaring og fellesskapets kompetanse. Når disse ligger nært hverandre, blir utfordringene små, mens når avstanden er stor, blir meningen vanskelig å gripe. Begge tilfeller hemmer utvikling for den

enkelte og av praksis. I praksisfellesskap tenderer erfaringer og kompetanse å nærme seg hverandre så fellesskapet kan fungere. Mens i periferien vil erfaring og kompetanse tendere mot å divergere. Læringspotensialet ligger i sammensetning av sterk kjernekompetanse og aktive grensekryssingsprosesser (ibid.).

Wenger er kritisert for at maktperspektivet ikke er tilstrekkelig fremme (Davies 2005). Makt og legitimitet inngår i teorien om praksisfellesskap (Wenger 1998:15, 189-91/2004:26, 218-20; Eckert & Wenger 2005). I praksisfellesskap blir kompetanse stadig forhandlet og er ikke noe statisk. Hva som er kompetanse, er også med å definere fellesskapet, og gjør at den enkelte kan plassere seg i fellesskapet. En hierarkisk modell, der noen alltid beslutter på vegne av fellesskapet, passer ikke i teorien om praksisfellesskap fundert på anerkjennelse og meningsforhandling om kompetanse (Eckert & Wenger 2005). I sykehus kan profesjonene på postnivå inngå i en hierarkisk modell. En sterk og styrende faktor er legens medisinske ansvar og beslutningsmyndighet. Profesjonssosiologiske perspektiv og begrep som konkurranse, jurisdiksjon og grensearbeid (Abbott 1988; Gieryn 1983), gir en alternativ analytisk inngang til å forstå studentenes og de profesjonelles posisjoner ved sykehuspostene. Praksisfellesskap forstått som kompetansesystem er et analytisk redskap for å få frem hvem som var og hva som skulle til for å være fullverdige kompetente deltakere. Postens kompetansesystem kan også synliggjøre hva studentene trenger å kunne for å være deltakere. Dette bidrar til å forstå deres forestillinger av profesjonens betydning og sin fremtidige profesjonalitet.

2.3. Grenseområder og samhandling

Grenser er med å dele mennesker inn i grupper med tilhørende opplevelse av likhet og medlemskap, og vil stenge andre ute. Grensemarkeringer blir gjerne skapt og opprettholdt ved hjelp av redskap som fortelling, myter, benevnelser og kategorier. Profesjonsbegrepet blir brukt til å konstruere grenser rundt oppgaver og kunnskapsfelt for å utestenge andre (Molander & Terum 2008:17). Omvendt kan grenser være kontaktflater og knytte sammen sosiale verdener. Da blir redskap brukt for å danne og opprettholde forbindelser i grenseområdet (Star & Griesemer 1989; Wenger 1998:103-/2004:124-). Grenser viser til hvem som kan delta og ikke delta i samhandling, og hva som er gyldig og relevant mening og kunnskap. Først knytter jeg grenselinjer til profesjoner og deretter grenseområder til praksisfellesskap.

2.3.1. Grenser knyttet til profesjon

I organisasjoner som sykehus, angir grenser profesjonenes ansvars- og myndighetsområde og mulighet for ta del i beslutninger og ressurser. Arbeidsfordeling avgrenser profesjonelles praksis ved sykehusets enheter, og er slik med å definere profesjonen og medlemmene.

Grenser mellom profesjoner er demarkasjonslinjer som dels er lokalt forhandlet. Profesjoners legitimering, makt og status er knyttet til deres abstrakte kunnskap, og til at vitenskapelig kunnskap er høyt verdsatt i samfunnet (Abbott 1988:53). Grenser for profesjoners jurisdiksjon blir definert ved ekspertkunnskap som synliggjør oppgaver som profesjonen kan løse. Abbott (1988) redegjør for profesjoners gjensidige avhengighet, samspill og kamp om jurisdiksjon og anerkjennelse av ekspertise. Diskusjon og megling om jurisdiksjon kan forme nye grenser mellom profesjonenes ansvarsfelt. Full jurisdiksjon fordrer ekspertkunnskap for å definere og løse spesielle problemer. Ytre faktorer som økende krav om effektivitet, kunnskap og ansvar kan påvirke profesjonenes relasjoner, oppgavefordeling og jurisdiksjon (ibid.).

Abstrakt kunnskap har en nøkkelrolle i profesjonenes jurisdiksjonskrav (Abbott 1988:53-54). Ekspertkunnskap gir profesjoner makt og prestisje som gjør at deres enerett legitimeres, oppnås, opprettholdes og endres i profesjonenes samspill. Befolkningen forventer at profesjonelle har kunnskap utover det å kunne et håndverk godt. Praktisk kunnskap er vesentlig i skjønns- og handlingsgrunnlaget for profesjonelle. Derfor er det av betydningen at profesjonen har vurderingsregler og at medlemmene bruker disse (Abbott 1988:51). Både stor og lite bruk av skjønn kan svekke profesjoners jurisdiksjon. Ved lite bruk av skjønn kan oppgaveløsninger bli vurdert som rutine, og profesjonens ekspertkunnskap fremstå som mindre viktig for mestre oppgaven. Stort bruk av skjønn i kunnskapsanvendelsen kan hindre andres innsyn og kritikk. Da blir det vanskelig å vise at profesjonens kunnskap må ligge til grunn for å vurdere problem og løsning. Dette er forhold som kan settes i spill når aktører fra ulike profesjoner skal være med å vurdere og fastsette problem og (be-)handling.

Grensene mellom profesjoner ved postene kan forstås som lokalt forhandlede konstruksjoner av profesjonenes innbyrdes fordeling av ansvar for oppgaver og vurderinger. Formelt er myndighet, ansvar, ledelse og oppgaver nedfelt i sykehuset struktur og organisering. Legen er medisinsk ansvarlig og har myndighet til å beslutte hva som skal utredes, behandles og følges opp. Dette gjelder alt fra type blodprøver, røntgenbilder og tester til hvor ofte blodtrykk og vekt skal måles. Legen rekvirerer undersøkelse og oppfølging fra andre som ergoterapeut,

fysioterapeut og sosionom. Overlegen kan i tillegg være administrativ leder av enheten, men en sykepleier kan ha denne funksjon. Hvordan oppgaver blir utført, prioritert og vurdert er tillagt profesjonen lokalt, og profesjonelle er ansvarlig for utførelse av sine oppgaver. Dette viser autonomien som profesjoner og profesjonelle har over sitt arbeid. Abbott (1988:153-) mener at legers dominans blir opprettholdt i organisasjoner som sykehus fordi profesjoners arbeidsfordeling og byråkratiet støtter hverandre. I profesjonen er det er også differensiering og rangering av prestisje. Behovet for å få gjort arbeidet, fører til manglende samsvar mellom lokal oppgavefordeling og offisielle jurisdiksjoner (Abbott 1988:65). En slik integrering gjorde lokale jurisdiksjongrensene utydelige, men profesjonstilhørigheten består. Det kan bli lokal konkurranse for å beholde autonomi over arbeidet, og indirekte profesjonens identitet. Prestisje og sterke bånd som er formet lokalt, kan utfordre profesjonenes forhold. Endret oppgavefordeling kan føre til strid mellom profesjoner. Da vil de som er nederst, forsvare sin profesjonelle status og hente støtte fra publikum utenfor arbeidsstedet.

Abbott (1988) legger stor vekt på symbolverdien av abstrakt kunnskap i profesjonenes konkurranse om jurisdiksjon. Han omtaler kunnskap som «valutaen i konkurransen» om arbeidsoppgaver (1988:102-). Profesjoner bruker abstrakt kunnskap for å kreve kontroll over arbeid i ulike miljø. Profesjonens kulturelle arbeid omfatter både å fremskaffe kunnskap, utvikle akademisk utdanning og legitimere verdien av arbeidet (ibid.). I dagens samfunn kreves kunnskapsbaserte begrunnelser og ikke bare moralsk grunnlag for handling og jurisdiksjon. I dag blir organisasjoner som sykehus også styrt av byråkrati- og markedslogikk. Dette fører til at institusjoner lager mål og kontrollrutiner for virksomheten med tilhørende oppdeling og fordeling av arbeidet (Svensson & Evetts 2010). Denne utvikling støtter organisasjonens forståelse av profesjonalitet fremfor en yrkesprofesjonalitet (Evetts 2003a, 2010). Dette innebærer at ansvarlighet flyttes fra profesjonen over på den profesjonelle (Svensson & Karlson 2008; Svensson 2010). Også Abbott (1988:64-) peker på slike sider i profesjonenes ansvarsfordeling ved arbeidsstedet. Han mener at offisielle og formelle jurisdiksjoner er mer statiske enn de som er i profesjonelles hverdag. Lokal jurisdiksjon handler mer om hvem som kan kontrollere og veilede arbeidet samt hvem som kan utføre hvilke oppgaver. Dette gjør at de som er dyktige, utfører andre profesjoners oppgaver. Da blir handling vurdert i lys arbeidsstedets mål og ikke profesjonens standard. Dette er knyttet til kunnskapsassimilasjon som betyr at de i nærliggende profesjoner lærer håndverksutgaven av en annen profesjons kunnskap. Slik grensekryssing og innpassing av kunnskap mellom

profesjoner er knyttet til behovet for å få gjort oppgaver, mangfoldet i kunnskap samt heterogeniteten i profesjonen lokalt. Til daglig blir oppgaver fordelt på grunnlag av vaner og forhandling som omfatter kontekstavhengige og implisitte regler om lokal jurisdiksjon (ibid.).

I Abbotts profesjonssystem står og faller profesjonens enerett til jurisdiksjon med deres suksess i oppgaveløsning. Dette får særlig betydning når andre utfører oppgaver på vegne av profesjonen. Når profesjoner forhandler om arbeidsoppgaver, er underordning et mulig forlik. Underordning av jurisdiksjon under en annen profesjon er ofte offentlig anerkjent og legalisert. I sykehus er dette vanlig, og gjør at leger overlater deler av konkret utredning, behandling og oppfølging til andre (Abbott 1988:71-). Profesjoner i overordnede stilling er da avhengig av at andre løser oppgaven tilfredsstillende. En annen forutsetning er at de godtar å være underlagt en annen profesjon. En annen måte å fordele oppgaver på er ved intellektuell jurisdiksjon (ibid.). Da har en profesjon kontroll som følge av sin kunnskap, mens andre utfører oppgavene. Grensene vil bli uklare mellom de som gjør arbeidet, og de som overvåker og veileder. Redusert kontroll over arbeidets kvalitet gjør profesjonens jurisdiksjon usikker. Over tid kan de som gjør arbeidet ha nok kunnskaper og klare seg uten veiledning, og derfor gjøre krav på jurisdiksjon. En forliksvariant er at to profesjoner deler jurisdiksjonen (ibid.). Da er det gjerne arbeidets natur som krever bidrag fra ulike jurisdiksjoner. Partene tar fullt ansvar for hver sin del og funksjonsdelingen er tydelig i starten. Slik lokal jurisdiksjonsdeling blir vanligvis institusjonalisert fordi grensene blir uklare og gjør funksjonsdelingen krevende. Gradvis tilsvarende arbeidsdelingen de deloppgaver som profesjonene oftest er ansvarlige for.

For å opprettholde arbeidsdeling med underordning av en eller flere profesjoner, markerer gjerne overordnede profesjoner sin autoritet og grenser. Ledd i slik markering kan være symbol som egne sitteplasser, klesdrakt og uhensiktsmessig enerett. Bruk av fagterminologi og internt språk kan ekskludere/inkludere de fra andre profesjoner (Abbott 1988:73). I spillet om ansvarsfordeling og grenser for arbeidsfelt og jurisdiksjon bruker profesjoner og personer ulike strategier. De er ofte retoriske, men de kan vise seg i handling, symbolbruk og mulige ressurser. Grensearbeid er en samlebetegnelse for dette. Thomas F. Gieryn (1983) utviklet «*boundary-work*», om hvordan forskeres praksis skapte skiller mellom vitenskap og ikke-vitenskap. Han utforsket strategier som forskere brukte for ulike formål. Gieryn fant tre hovedmål med tilhørende grensearbeid når de skulle avgrense vitenskap fra andre felt. *Kontrastering* av rivaliserende grupper blir brukt når formålet er å utvide området for

profesjonens autoritet. Når målet er monopolisering av profesjonens ekspertise, handler grensearbeid om å *ekskludere* andre ved å definere dem som outsiders og uten tilstrekkelig kunnskap. Den tredje form for grensearbeid er å *klandre outsiders*, og brukes for å beskytte profesjonens autonomi over virksomheten. Formalisering av spesialiteter og fagdisipliner fører ofte til grensearbeid. Grensearbeid har likheter med Abbotts omtale av profesjoners konkurranse og forhandling om oppgaver og jurisdiksjon. Sentralt hos Gieryn (1983, 1999) er at grensearbeid gir kontroll over epistemiske rom. Formene for grensearbeid er tre mulige mønstre i kampen om troverdighet i kunnskapsfeltet.

Harriet Bjerrum Nielsen (1994: 27-41) beskriver variasjoner i grensearbeid på mikronivå som er interessante for mitt prosjekt. Hun fulgte elever i flere år og studerte hvordan de samhandlet og dannet grupperinger. Nielsen fant fem ulike mønstre i grensearbeid som var del av den sosiale praksis. Hun benevner det som *implisitt* grensearbeid, når noen søker seg til gruppen for være sammen. Målet er ikke å utestenge andre, selv om det kan bli resultatet. *Utilsiktet* grensearbeid skjer i form av korreksjon, rettleiding og fleip. De som blir rettet på og tøyset med, oppfatter dette som å bli utestengt. En tredje form for grensearbeid er *intern*. Gruppen fokuserer da på seg selv, sin praksis og hva de har felles. *Tilsiktet* grensearbeid har likhetstrekk med Gieryns grensearbeid. Formålet er å bevare og forsterke gruppens grenser. Nielsen peker på at uklar gruppetilhørighet skaper behov for grenser og fremmer tilsiktet grensearbeid. *Meta* grensearbeid er den femte form for grensearbeid. Da bruker deltakere generaliserende utsagn og uttrykk om andre som «alle er» og «vi kan». Nielsen ser grensearbeid som variasjoner og sider ved samhandling. Aktører blir gradvis gruppedeltakere i grensearbeidet. Dette betyr at det er ved å kunne gjøre noe, at en blir til noen (ibid.).

Profesjonsgrenser kan skape utfordringer når pasienters problem krever kunnskapsbidrag og innsats fra flere profesjoner. Dette kan bety diskusjon om hva handlingsgrunnlaget er for å fastsette og vurdere problem og tiltak. Profesjonsgrensene kan da fungere som skillelinjer eller krysninglinjer mellom kunnskapsområder. I mine analyser av samhandling og praksis er grensearbeid et perspektiv som gir et spenningsforhold til grenseområder i praksisfellesskap.

2.3.2. Grenser og praksisfellesskap

Grenser for praksisfellesskap blir til i deltakernes praksis, som gjør at de engasjerer seg utfra hva som er aktuelle interesser og ressurser (Wenger 1998:103-/2004:124-). Derfor kan det

være ett, flere eller ingen praksisfellesskap i en organisasjon. Fellesskap og medlemskap samsvarer ikke alltid med institusjonaliserte og formelle strukturer, tilhørighet og grenser. Praksisfellesskap kan være uformelle og samtidig gjennomgripende i felles virksomhet, derfor kan de bli tatt for gitt. Samhandling og meningsforhandling former gjensidig engasjement, felles virksomhet og ressursrepertoar, og skaper samtidig grenser. Grenser speiler resultatet av meningsforhandling om hva praksis er, og hvem som tilhører fellesskapet (Wenger 1998:118-21/2004:141-44). Deltakeres engasjement både skaper og avgrenser praksisfellesskap.

Grenser for praksisfellesskap omslutter og holder medlemmer i fellesskapet, ikke ulikt profesjonsgrenser, men grensene er mer flyktige (Wenger 1998:103-/2004:124-). Grenser utestenger og skaper utenforstående, slik jurisdiksjongrenser definerer medlemskap og profesjoners ansvars- og oppgavefelt (Abbott 1988). Praksisfellesskap kan stadig reforhandle grensene. Det er mer flytende hvem som er medlem, og skillet mellom de utenfor og innenfor kan bli uklare (Wenger 1998/2004). Til forskjell fra jurisdiksjongrenser vil grenser for praksisfellesskap avgjøre ikke bare hvem som tilhører fellesskapet, og hvordan grenser formes, men også danne forbindelser med omgivelsene. Aktuelt i mitt prosjekt er om praksis åpner for at aktørene forhandler om perspektiv og mening over profesjonsgrensene. Det betyr at grenser blir mer en forbindelse enn et skille. Grenser forstått som forbindelser, vil gradvis inngå i fellesskapets praksis og historie. Slike forbindelser kan utvikles og opprettholdes ved bruk av felles redskap eller deltakelse i flere praksiser (ibid). Praksisfellesskap som kompetansesystem viser hva som har betydning for felles virksomhet, og hva som er kompetanse. I fellesskapets grenseområde er det ikke et kompetansesystem som kan forsvare deltakeres erfaring som kunnskap (Wenger 1998:254/2004:288). Dette betyr at i grenseområdet oppstår spenning mellom deltakers erfaring og fellesskapets kompetanse. Wenger (2007) viser som eksempel til at sykepleieres kompetanse ikke alltid er anerkjent av leger fordi de tilhører ulike praksiser. Ved å krysse praksisgrenser vil deltakere møte andre måter å delta og forstå, og virksomhet med annet formål og innhold, enn det de har erfaring fra. De vil erfare at redskap kan bli brukt på andre måter og vise til andre ressurser og fortellinger (Wenger 1998:140/2004:165, 2007).

Grenseområder bringer personer sammen i samarbeid. Også Susan Leigh Star og James R. Griesemer (1989:393) forstår grenser som områder for kommunikasjon og sammenbinding, og ikke bare skillelinjer. Grenser er kontaktflater som fasiliteter utvikling av kunnskaper. Sentralt hos Wenger (1998:121/2004:144) er at grenser og periferier er områder sammenvevet

av skille/forbindelse, inklusjon/eksklusjon, lukning/åpning og begrensning/ frihet. I grenseområder skaper deltakelse og tingliggjøring sammen åpninger, forbindelser, stengsler og avgrensninger. Begge former for forbindelse er ufullstendige og flertydige, og de utfyller og støtter hverandre i sammenkjedning av praksiser (Wenger 1998:110-12/2004:132-34). Dette betyr at praksiser kan forbindes ved engasjement i flere praksiser og bruk av felles redskap i ulik grad. Begrepsparet deltakelse og tingliggjorte forbindelser bruker jeg i analyse av postenes tverrprofesjonelle virksomhet og praksis. Profesjongrenser som forbindelse og skille, gir en inngang til å belyse studentenes deltakelse og læring i tverrprofesjonell praksis.

2.3.3. Deltakelse i grenseområder mellom praksiser

Pasienter som har sammensatte problem, gjør at profesjonelle må samhandle om vurdering, problemfastsetting og –løsninger. Blant annet viser Strauss et al. (1997) og Atkinson (1995) i deres feltstudier hvor sentralt samtale i sammenkjedning av praksiser og kunnskaper for å skape behandlingsforløp. Vi kan forstå dette som gjensidig engasjement i meningsforhandling om pasientforløp som danner felles hensikt, vurdering og handlingsgrunnlag. Deltakelse og tingliggjorte grenseforbindelser er nødvendig for å forbinde ulike praksiser (Wenger 1998 :110-/2004:132-). Tingliggjøring gir flertydighet og gjør at deltakelse er nødvendig for å samhandle i grenseområder. Deltakelse gjør det mulig å avdekke uklarhet, misforståelser og underforståtte antakelser. Det vil si at deltakere bidrar til og åpner for hverandres tolkinger.

Grenseområder er møter mellom flere profesjoners virksomhet, praksis og ressurser. Møtene kan gi ansatte og studenter innsikt i og konfrontasjon med egne, andres og felles handling og handlingsgrunnlag. De kan synliggjøre hva de og profesjonen gjør og kan. Grenseområdet mellom praksiser åpner for at aktørene knytter sammen både konkrete aktiviteter og mer abstrakt kunnskap (Bowker & Star 1999; Star & Griesemer 1989; Wenger 1998/2004). Grenseflater er mulighetenes land for læring og utvikling av praksis (Akkerman og Bakker 2011). Utvikling av felles praksis innebærer forhandling om hvilke bidrag som har betydning i andres og felles virksomhet. Slik meningsforhandling kan føre til at nye praksisfellesskap utvikles i grenseområdet (Wenger 1998:136-/2004:160-). I analysene er det et spørsmål om og hvordan deltakere skapte forbindelser og trakk inn andres kunnskap i sin forståelse og praksis, og hvordan tingliggjorte forbindelser bidro i deres utvikling av mening og kompetanse.

Wenger (1998:134-44/2004:158-73) omtaler tre former for deltakelse i grenseområder: *boundary encounter – boundary practices – periphies*. I hovedsak er *grensemøter* korte besøk og samtaler som får frem praksis. Ofte er det enkeltpersoner som samhandler eller besøker et annet fellesskap. Grensemøter bidrar til økt forståelse for den enkelte. Skal lærdom fra et grensemøte tilbake til fellesskapet, er det en fordel at flere deltar. Da er det mulig å forhandle med fellesskapet om hva grensemøtet betyr for deres praksis (Wenger 1998:112-13/ 2004 :134-35). *Grensepraksis* gjør at det utvikles ny praksis i grenseområdet. Slik ny praksis krever omfattende deltakelse i grenseområdet og i meningsforhandling om grensepraksisen. Over tid kan grensepraksis utvikle seg til praksisfellesskap. Dette gir deltakere et ekstra medlemskap og kan føre til marginalisering i det opprinnelige fellesskap (Wenger 1998:114/ 2004:137). *Periferier* er en tredje måte for deltakelse i grenseområder. Da kan andre knytte seg til praksisfellesskapet på perifere måter. Det innebærer at det blir åpnet for ulike grader av samhandling og deltakelse i praksis. Praksisfellesskapet regulerer i hvilken grad slik perifer deltakelse inngår i fellesskapets praksis. Deltakernes engasjement mer enn tinglyggjøring vil gi tilhørighet til fellesskapet (Wenger 1998:117-/2004:139-). Denne form for regulering av deltakelse var tydelig i Lave og Wengers begrep *legitim perifer deltakelse* i deres teori om situert og relasjonell læring (1991/2003). I mine analyser er det av betydning å få frem i hvilken grad studenter er deltakere profesjonens og/eller postens praksis ved sykehuspostene.

Wenger vektlegger grenseområder i utvikling av praksis og tilhørighet i praksisfellesskap (1998:139-/2004:163-). I grenseområder kan kontraster mellom det eksplisitte og implisitte tre frem. I møtet med forventning og spørsmål fra de utenfor kompetansesystemet kan de uuttalte sider i praksis avdekkes. Grenser gir ofte opplevelse av møte med noe fremmed eller nytt, derfor vil grenser i seg selv åpne for å utvikle ny viten og nye løsninger. Forutsetningen for grensekryssing er at det gir opplevelse av mening. Her kan gamle ideer få nytt liv, og nye ideer kan forplante seg inn i og mellom felleskap. Grensekryssing skaper spenning mellom deltakeres erfaring og felleskapets kompetanse, og dette kan både fremme og hemme læring. Praksisfellesskapets dynamikk avhenger av forholdet mellom erfaring og kompetanse. Liten avstand mellom disse gir lite utfordring, og for stor avstand hemmer utvikling (Wenger 1998:140/2004:165). Engasjement i grenseområder kan skape felles praksis og endring både for involverte deltakere og fellesskap. Endringene kan føre til reforhandling om felles praksis, virksomhet, kunnskaper og posisjoner i kompetansesystemet (ibid). Etter hvert kan slike grenseprosesser bli en egen fortelling, og nye fellesskap kan vokse frem. Slike nye fellesskap

blir liggende mellom flere kompetansesystem uten å være helt tydelig i noen av systemene (Wenger 1998:253-/2004:288-). Når deltakerne er fra flere profesjoner, vil anerkjennelse av hverandres kunnskap og praksis være avgjørende for å utvikle fellesskap og felles praksis i grenseområdene. I mine analyser retter jeg søkelyset mot hvordan aktiviteter og kunnskaper bli kjedet sammen over profesjonsgrensene for å forstå den tverrprofesjonelle praksis som studentene møtte og deltok i ved postene.

2.3.4. Grenseobjekt og deres funksjon

I sykehus er gjøremål og kunnskaper fordelt på flere profesjoner og personer og er i tillegg distribuert over tid og sted (Strauss et al. 1997). Dette gir utfordringer for å knytte sammen praksis både i og mellom profesjoner. Grenseområder er avgjørende for å dele kunnskap og utvikle praksis i og mellom sosiale verdener (Star & Griesemer 1989; Bowker & Star 1999:297; Wenger 1998/2004). En måte profesjonelle kan forstå og bruke hverandres data og kunnskap, er ved å utvikle og dele redskap. Felles redskap kan tingliggjøre deltakeres praksis og erfaring på flere måter og er ressurser for å skape forbindelser i og mellom praksiser (Wenger 1998:106-07). Felles redskap er nødvendige for å skape fellesskap og forbindelser både mellom deltakeres aktivitet og deres perspektiv (Star 1989b:47; Wenger 1998:108). Grenseobjekt er et nøkkelbegrep for å forstå hvordan slike forbindelser blir utviklet og opprettholdt (Star & Griesemer 1989; Star 1989b:37). Grenseobjekt kan vi forstå som former for tingliggjorte forbindelser mellom deltakernes praksis og erfaring.

Star (1989b) og Star og Griesemer (1989) utviklet begrepet grenseobjekt om felles redskap og artefakt. Grenseobjekt bidrar til å forstå hvordan redskap inngår i samhandling og utvikling av praksis når deltakere har ulik profesjonsbakgrunn. Grenseobjekt er fleksible redskap som kan skape handling og tilfredsstillende informasjonsbehov for flere (Star & Griesemer 1989:393). I problemløsning er grenseobjekt sentrale fordi de kan tilpasses ulike behov og er samtidig førende for brukerne. Grenseobjekt er fleksible og tilstrekkelig robuste slik at objektets form eller identitet består, selv når det er mange brukere (Star & Griesemer 1989:393; Star 1989b; Bowker & Star 1999:16, 296-7). Grenseobjekt er en ressurs i samhandling i og mellom praksisfellesskap. Bowker og Star (1999:298) skriver at bruk av grenseobjekt er med å definere praksisfellesskap fordi objektene inngår i meningsforhandlinger. Både grenseobjekt og bruken av dem som kommunikasjonsredskap, utvikler seg over tid i deltakeres samarbeid (Star &

Griesemer 1989; Star 1989b; Bowker & Star 1999). I mitt prosjekt bidrar grenseobjekt som perspektiv til å belyse samhandling over profesjonsgrensene og tverrprofesjonell praksis. Sentral i samhandlingen var redskap som felles skjema og elektronisk pasientjournal. Begrepet grenseobjekt ble introdusert av Star og Griesemer (1989) og Star (1989a). I begge disse studier fant forskerne at deltakere utvikler og bruker flere typer av grenseobjekt. Et trekk i begge studier er forskjellene i aktørenes bakgrunn, synspunkt, kunnskaper, mål og virke. Likevel klarte de å forene sin heterogene og distribuerte kunnskap og aktivitet ved hjelp av grenseobjekt (ibid). Det ene studiet var av etableringen av Zoologiske museet ved Berkeley-universitetet tidlig i forrige århundre (Star & Griesemer 1989). Museets etablering innebar oppbygning av institusjonell struktur, innsamling og konservering av dyr, samt utvikling av praktisk og teoretisk kunnskap. I denne fasen samarbeidet forskere, fangstfolk, samlere, assistenter, administrasjon og universitetsledelse. Med andre ord samarbeidet aktører fra ulike sosiale verdener om å bygge opp museet. Samarbeidet krevde at de forente sine meninger om samme fenomen. Dette ble fremmet av at de brukte grenseobjekt med ulike dimensjoner (ibid). Det andre studiet gjaldt nevrofysiologi, og omfattet en gruppe av forskere, klinikere, pasienter og sykehusets administrasjon (Star 1989a). Også her var grenseobjekt med på å binde sammen og håndtere spenning mellom ulike og distribuerte kunnskaper om samme fenomen (ibid). Star og Griesemer (1989) fant fire typer grenseobjekt i analysene: *lager* (repositories) – *idealtyp*e (ideal type/platonic object) – *område med felles grenser* (terrain with coincident boundaries) – *skjema og kategorier* (forms and labels) (min oversettelse).

Grenseobjekt tjener på forskjellige måter til å kommunisere og binde sammen heterogen og distribuert forståelse om samme fenomen, både konkrete data og mer abstrakte perspektiv (Star 1989b; Bowker & Star 1999:16, 297). *Lager* eller samling, er en type grenseobjekt som er å ligne med bibliotek eller museum (Star & Griesemer 1989; Star 1989b:48). For å håndtere sammensatte problem der analyse av enheter er nødvendig, kan grenseobjekt som deler opp og modulariserer problemet, være en ressurs (ibid.). I sykehus er det vanlig at flere profesjoner har ansvar for ulike oppgaver i utredning og oppfølging av pasienter. Pasientens journal kan vi se som et lager sammensatt av profesjonenes kunnskap og vurdering i deres respektive felt. Grenseobjektets modulariserende funksjon kan ha en parallell i profesjoners jurisdiksjoner (Abbott 1989). Forstått på denne måte kan grenseobjektets oppdeling støtte grensearbeid som kan gi profesjoner egne epistemiske rom (Gieryn 1983:781, 1999:4-5).

Pasienters diagnoser kan eksemplifisere grenseobjekt som (Star & Griesemer 1989; Star 1989b: 50) benevner *skjema og kategorier*. Disse grenseobjekt er en måte å formidle data mellom aktører uavhengig av tid, rom og person, og uten at innholdet blir endret underveis. Pasientens symptom blir omformet til standardiserte former, som en diagnose, og vil redusere lokal usikkerhet om hva problemet er (Star 1989b:50; Bowker & Star 1999.) Kategorier og kunnskaper i standardisert form kan i neste rekke innlemmes i et lager, som pasientens journal. Data kan også inngå i større registre om gruppers helse eller i forskningsmateriale for å utvikle kunnskap om sykdom og behandling (ibid.).

Den tredje form for grenseobjekt er *område med felles grenser* (Star & Griesemer 1989; Star 1989b:49-50). Det innebærer at samme område har forskjellig innhold for ulike aktører. Til grunn ligger at hver aktør fremskaffer data og kunnskaper på ulike måter. Grenseobjektet åpner for at aktører har ulike mål som de kan arbeide selvstendig for å nå, og som samtidig inngår i felles mål. I etableringen av Berkeley Zoologiske museum, var California et slikt grenseobjekt. Amatørsamlere laget kart over staten som anga hvor de samlet inn dyrearter, mens forskernes kart viste deres begrep og abstrakte arts-soner for liv. Aktørene la derfor inn ulike kunnskaper innen staten Californias grenser (ibid). Profesjoners autonome bruk og utvikling av kunnskap (Abbott 1988) gjør denne type grenseobjekt interessant. Pasientens problem er et felles område for profesjonene ved sykehusposten. Men de kan ha ulike innfallsvinkler og måter for å fremskaffe og vurdere kunnskaper om pasienten.

Den fjerde form for grenseobjekt er en *idealtipe*. Dette er objekt som inneholder kunnskaper med ulikt abstraksjonsnivå og fra flere kunnskapsfelt. Kliniske data og forskningsdata er eksempel på ulik grad av abstraksjon. I tillegg kan objektet symbolisere samarbeid og kommunikasjon mellom deltakerne (Star & Griesemer 1989; Star 1989b:49). Når kunnskaper har ulikt opphav, blir detaljeringsgraden i nokså moderat, og gjør at grenseobjektet kan brukes av flere. Idealtipe objekt kan være generelle retningslinjer som gjelder flere grupper, eller det fungerer som en felles modell. Idealtipe objekt bidrar til å redusere lokal usikkerhet (ibid.). Det vil si at ulike profesjoner kan tilpasse innholdet til sin vurdering av problem og tiltak.

I sykehus er det flere aktuelle grenseobjekt som har en skriftlig form, og andre er mer rutiner og prosedyrer som inngår i profesjoners samhandling. Forutsetningen for at grenseobjekt er ressurser i profesjonelles samhandling, er at objektet gir tilgang til hverandres praksis, at

innholdet er relevant og gir mening også i andres praksis. Implisitt er óg vilje til å dele med andre. Ved å bruke grenseobjekt som analytisk redskap kan jeg få frem hvordan aktiviteter og kunnskaper ble forbundet over profesjongrensene. Videre hvordan aktørene tilrettela for å bidra til felles forståelse ved å bruke redskap som elektronisk pasientjournal og felles skjema for å vurdere pasienters problem og planlegge pasientforløp.

2.4. Læring

For å forstå studenters læring og tverrprofesjonell praksis, har jeg lagt til grunn et sosiokulturelt perspektiv på læring og kunnskap. Her går jeg nærmere inn i Wengers sosiale læringsteori som rammer inn mine analyser av studentenes læring i møte med postens praksis.

Utgangspunktet for Jean Lave og Etienne Wenger (1991/2003) *læring som legitim perifer deltakelse* var deres interesse for læring i praksis der aktørene var mestere og lærlinger. Sentralt i teoriutviklingen var empiriske studier både i vesten og andre steder av grupper som jordmødre, slaktere, skreddere, marinens kvartermestre og tidligere alkoholikere (ibid). Lave og Wenger føyer seg inn i Dewey's tradisjon som i 1916 hevdet at læring hører til det å leve sammen og inngår i all menneskelig aktivitet (2005:26). John Dewey er kritisk til skillet som blir gjort mellom kroppslig og mental aktivitet. Han vektlegger erfaring som grunnlag for meningsdannelse. Fakta og begrep er kunnskap når disse kan brukes i handling som har et formål. Kunnskap er ikke å forstå som kognitive skjema. For Dewey (2005:158-62) er det sammenhengen mellom tanke og handling som gir erfaring verdi. Dette vil si at både vurdering og forventning til handlingers resultat omfatter kognitive, etiske, estetiske og handlings sider. Lave og Wenger (1991/2003:34-6, 49) skriver at i et situert og relasjonelt perspektiv, er ikke kunnskap noe som personer har og flytter fra oppgave til oppgave. De forstår ikke generalisering som abstrakte representasjoner. Generalisering betyr at personen deltar i meningsforhandling om tidligere og fremtidige hendelser ved å knytte dette til mening i nåtidens hendelser (ibid.). Kunnskap er lokalisert i praksisfellesskap, og læring er en inngående bevegelse i fellesskapets praksis, og skjer ikke som overføring (Lave & Wenger 1991/2003:85). Praksisfellesskap blir til ved å utvikle felles praksis som avgjør hva som er kunnskap, og hva en kompetent deltaker er (Wenger 1998/2004).

I sosiokulturelle perspektiv eksisterer kunnskap i samspillet mellom personer før det inngår i den enkeltes tenkning og handling (Vygotskij 2001). Sosial praksis er kommunikasjon og

inngår derfor i læring (Dewey 2005:27). Kommunikasjon og språk er sentralt, og speiler og gjensker det som er lært (Säljö 2001:13). I sosial læringsteori skjer læring ved å delta i sosiale praksiser (Lave & Wenger 1991/2003; Säljö 2001). Det betyr at situert læring er relasjonell, og at utvikling skjer ved å delta og å bli deltaker i praksisfellesskap. Derfor er deltakererfaring sentral i identitetsutvikling, også profesjonell identitet. Lave og Wenger (1991/2003) bruker *legitim perifer deltakelse* om prosessen der nyankomne blir deltakere i praksisfellesskap. Utvikling går fra å delta litt i utvalgte sider ved praksis i retning av å være fullverdig deltaker i praksis (ibid). Situert sosial læringsteori brøt med rådende kognitivistiske individuelle læringsteorier (Brown, Collins & Duguid 1989; Lave & Wenger 1991/2003). Skillet mellom individuell kognitiv læringsteori og sosial læringsteori reflekteres i læringsmetaforene tilegnelse og deltakelse (Hager 2008; Nielsen & Kvale 2003; Sfard 1998; Säljö 2001:155). Kognitiv læringsteori fokuserer på den enkeltes mentale kognitive prosesser og strukturer. De omkringliggende forhold blir forstått som kontekst for kognitiv struktur og funksjon. Dette betyr at kunnskap er noe som individet eier etter å ha tilegnet seg kunnskap i en situasjon. Læring er å tilegne seg kunnskap i form av abstrakte representasjoner og måter som individet kan bruke også i nye situasjoner. Kunnskaper er da noe som individet har, og som er de samme i enhver kontekst. Jo mer generaliserbar kunnskap er, jo mer ensartet kan individet handle uavhengig av situasjonen (Greeno 1997).

Dette skillet mellom kunnskap og kontekst gjøres ikke i et situert og sosialt læringsperspektiv, der forståelsesrammen inkluderer og går utover individuell kognitiv funksjon. Grunnleggende i et sosialt læringsperspektiv er personens deltakelse, samhandling og relasjoner med andre, samt de representasjoner og redskap som tilhører praksisen. Læring handler om å være deltaker og utvikle forutsetninger for å forstå og delta i andre kontekster. Kunnskap blir da noe som er distribuert mellom mennesker og inngår i deres samhandling. Kunnskaper viser seg i hvordan personer handler og deltar i samhandling med andre og med redskap i situasjonen (Greeno 1997). Kunnskap forstått som kognitive strukturer og noe personen har, strekker ikke til for å få frem samspillet med andre og omgivelsene (Illeris 2003, 2006).

Situert læring har stor gjennomslagskraft og betydning for å forstå læring på arbeidsteder, for læringer og i studenters praksisstudier (Nielsen & Kvale 1999, 2003; Rainbird, Fuller & Munro 2004; Säljö 2001). I et situert læringsperspektiv skiller en ikke hva studenter lærer i praksisstudier fra læringsmiljøet eller erfaringer som skaper læringsutbyttet. Læring handler

om å utvikle måter å tolke og forstå virkeligheten og de problem som håndteres. Læring gjør det mulig å løse problem ved å mestre aktuelle redskap. Dette viser seg i hvordan språk, materielle redskap og andre personer blir ressurser (Edwards 2005b). Bruk av begrep og språk i meningsdannelse er sentrale redskap når noen utvikler seg i retning mot å være fullverdig deltaker (Lave & Wenger 1991/2003:90).

Wenger (1998:149-55/2004:174-81) mener utvikling av praksisfellesskap også er forhandling av identiteter. Dette innebærer forhandling over flere praksisfellesskap, da identiteten forener nåtid med fortid og fremtid. Fordi noen praksisfellesskap er viktigere enn andre, vil graden av deltakelse variere. *Gjensidig engasjement* gjør at deltakere lærer å samhandle på bestemte måter i praksisfellesskapet. Utvikling av gjensidige relasjoner gjør personen til den de er. Det betyr at den enkeltes identitet er knyttet til tilhørighet. Engasjement i *felles virksomhet* vil si at personen viser ansvarlighet for å bidra i felles virksomhet. Felles virksomhet leder deltakeres fokus, tolkning, forståelse og vurdering. Dette er med på å skape perspektiv for å forstå verden og identitet. De som tilhører fellesskapet tenderer å bruke lignede perspektiv. Bruk og utvikling av *felles repertoar* gjør at redskap, artefakt og språk inngår i felleskapets historie. Fellesskapets historie blir også del av deltakerhistorien. Historien blir til personlige hendelser, referanser, minner og opplevelser som bidrar i personens meningsdannelse og relasjoner. Betydningen av deltakererfaringer i praksisfellesskap avhenger av personens tilhørighet og identitet som er under utvikling. I mine analyser av studentenes læring er det derfor relevant å få frem hva studentene gjorde, hvordan de engasjerte seg i postens virksomhet, samhandling og praksis, samt hvilke redskap de brukte og hvordan.

Studentenes mål er å bli profesjonsutøvere. Det vil si at deres læring handler om å utvikle profesjonell identitet, og ikke bare kunne løse og forstå oppgaver ved praksisstedet (Lave & Wenger 1991/2003:49; Nielsen & Kvale 2003:33; Wenger 1998/2004). Dette gjør at deres forestilling om fremtidig virke er med på å styre hva som åpner/avgrenser for å delta og lære (Wenger 1998:155/2004:181). Profesjonens posisjon i lokal meningsforhandling og i større sammenhenger inngår også i studenters bilde av profesjonell identitet. Derfor har lokale kompetansesystem betydning for studenters læring. Erfaringer fra praksisstedet knyttet til deltakerposisjon, blir del av deres utvikling av profesjonell identitet (Lave & Wenger 1991/2003:37; Wenger 1998:153/2004:179). I mine analyser løfter jeg frem praksisstedenes kompetansesystem for å belyse studentenes deltaker- og læringsmuligheter.

2.4.1. Studentenes deltakerbaner

Læring skjer gjennom deltakelse i vekslende sammenhenger både i og på tvers av praksisfellesskap og speiler læringens sosiale natur (Lave 1999:39). For å beskrive læring i praksis som vekslende deltakelse i bevegelse, innførte Lave og Wenger (1991/2003) «*legitim perifer deltakelse*». Disse tre ordene er bundet sammen og skal forstås som en enhet. Legitim viser til de måter som personer kan tilhøre praksisfellesskapet. Perifer viser til at fellesskapet regulerer nyankomnes tilgang og deltakelse i ulike felt. Fullverdig deltakelse vil si at aktører kan være med å danne praksisfellesskap. Tilgangen til praksis styres av vekslende engasjement samt omfang av oppgaver og ansvar (Lave & Wenger 1991/2003:37). Læring gjør at studenter i økende grad kan involvere seg i nye aktiviteter, løse nye oppgaver og mestre nye former for forståelse. Dette gjør at de blir deltakere i fellesskap der de betyr noe. Det vil si at de er med å definere fellesskapet, og selv blir definert av fellesskapet (Lave & Wenger 1991/2003:48).

Når handling er nært knyttet til læring, blir det uklare skiller mellom læringsprosess og -resultat, fordi prosessen fører til endringer som igjen påvirker videre læring. Dette forholdet har gjort at blant annet Eraut (2004b, 2010) har kritisert Lave og Wenger. Eraut (2004a) ønsker fokus på hva studenter lærer og ikke bare hvordan de lærer. Men i et situert og relasjonelt perspektiv vil hva studenter har lært, vise seg i deres handling og kommunikasjon i lokal praksis. Dette fordi måten som vi løser problem og handler, er knyttet til kontekst, redskaper og mulige spørsmål. Til grunn ligger at tenkning er fordelt mellom personer og er med å forbinde deres aktiviteter (Lave 1988). Mitt søkelys er på studenters evne til å handle, delta og lære i lokal virksomhet og praksis. Sosiokulturelle perspektiv på læring er en relevant analytisk ramme fremfor mer individualistiske kognitive perspektiv.

Måten praksisstedet tilrettelegger for studentens deltakelse i aktiviteter, åpner for ulik grad av legitim perifer deltakelse i praksis og fellesskapet (Lave & Wenger 1991/2003:37; Wenger 1998:121-22). Legitim perifer deltakelse innebærer at deltakere følger læringsbaner der posisjoner og perspektiv varierer (ibid.). Læring avhenger av de tilgjengelige deltakerbaner som stedets praksiser åpner for. Deltakerbaner blir til som en del av eksisterende relasjoner i praksis, og er ikke skilt ut av praksis (Lave 1999:50). Wenger bruker også «*deltakerbaner*» som bilde av læring og identitetsutvikling (Wenger 1998:154/2004:177). Deltakerbaner angir retning, men har verken et fast forløp eller endelig mål. Selv svært perifer deltakelse kan være sentral i identitetsutvikling, når deltakelsen leder mot noe av betydning for personen. Dette

betyr at det som er lært i ulike sammenhenger, blir del av identiteten og inngår i andre sider i personens liv. Et sentralt poeng er at deltakerbaner forbinder fortid, nåtid og fremtid. Dette gjør at personens læringsbane ikke må følge banen(e) som institusjonen eller fellesskapet legger til rette for (ibid.). Billett (2001) hevder at læring i praksisfeltet avhenger av samspill mellom deltakermuligheter som arbeidsstedet tilrettelegger og hvordan individet velger å engasjere seg i disse aktiviteter. I mine analyser er det relevant å se mulige deltakerbaner som postens praksis og fellesskap åpner for studentene, og hvilke deltakerbaner de fulgte.

Wenger (1998:154/2004:177) bruker deltakerbaner om utviklingen for å bli kompetent deltaker. Det vil si at deltakeren forstår og bidrar i felles virksomhet og bruker felles repertoar. Kompetente deltakere kan delta i meningsforhandling og er ansett som troverdige. Wenger beskriver flere former for deltakerbaner som på ulike måter bringer nyankomne som studenter, inn i praksisfellesskap. Deltakelsen fører til nye måter å forstå verden og seg selv. Deltakerbaner speiler deres læring og mulighet for å endre posisjon (Lave & Wenger 1991/2003:37; Wenger 1998:153-5/2004:177-9;). «*Perifere deltakerbaner*» gir en viss tilgang til fellesskap og praksis, men leder ikke frem til fullstendig deltakerposisjon. Likevel kan deltakelsen være så meningsfull at deltakererfaringen får betydning for identiteten. Perifer deltakelse kan være et bevisst valg eller styrt av hensyn til sikkerhet, for eksempel pasienter. «*Inngående deltakerbaner*» vil si at nyankomne slutter seg til fellesskapet for å bli fullverdige medlemmer. Deltakerbanen leder mot å tilhøre fellesskapet, delta i meningsforhandling om praksis og bruke felles repertoar. Dette handler om å investere i fremtidig deltakelse, selv om aktuell deltakelse er perifer i starten. «*Utgående deltakerbaner*» fører vekk fra fellesskap, på samme måte som når ungdom utvikler seg i retning av å forlate barndomshjemmet. Dette innebærer å danne nye relasjoner og få posisjoner i andre fellesskap. «*Innsider deltakerbane*» viser til at utvikling fortsetter også for de som er medlemmer i fellesskapet. Videreutvikling av praksis sammen med nye hendelser, forventninger, oppdagelser og nye generasjoner av deltakere bidrar til videreutvikling. «*Grensebaner*» knytter sammen flere praksisfellesskap og krysser grenser for flere fellesskap. Slik grensekryssing gir utfordringer i form av megling, samtidig som dette gir banen verdi (Wenger 1998:154/2004:180). Erfarne medlemmer er levende bevis på hva som er mulig å oppnå og hvilke deltakerbaner som finnes (Wenger 1998:156/2004:182). De bringer med seg fellesskapet historie og praksis, samtidig som de synliggjør mulig fremtid for nyankomne. Når nyankomne deltar i dagens praksis kan de knytte denne til fortid, forestillinger og mulig fremtid. Denne vev av fellesskapets personer og

fortellinger former deltakerbaner. Disse baner benevner Wenger for «*paradigmatiske deltakerbaner*» (ibid). Slike paradigmatisk baner får frem praksisstedets forhandlede kompetansesystem og profesjonenes posisjon i sykehuset og i samfunnet.

Lave (1999:50) har pekt på at Dreier, Wenger og hun selv, hver for seg, har omtalt læring som deltakerbaner. Banebegrepet bryter med modeller der utvikling skjer i stadier som i Dreyfus-modellen. Modellen beskriver utvikling av konkret ferdighet og kompleks kompetanse som fem stadier fra novise til ekspert (Dreyfus, Dreyfus & Athanasiou 1988). Kritikken av modellen peker på at læring forstått som elementer som bygger på hverandre, ikke tar høyde for at det å kunne noe, endrer hvordan man kan delta. Utvikling forstått som stadier, favner ikke hva endring og variasjon betyr i situasjoner og deltakerposisjon i konteksten (Dreier 1999). Ole Dreier (1999) mener at kunnskaper kun kan forstås som del av personens forutsetning for å delta i sosial praksis. Læring gjør det mulig å endre hvordan en deltar og betyr noe som del av den personlige deltakerbane. Personen utvikler da sammenheng i kunnen og kunnskap, noe som bare er en del av lokal praksis (ibid). Dreier mener at retning og deltakelse i praksis avhenger av hva personen opplever som meningsfullt. Hva som læres avhenger av handlingskonteksten, og hva andre deltakere kan bidra med. Dreier mener læring kan være å reproducere det deltakere må kunne i konteksten. Læring kan også følge av at konteksten blir endret. En tredje form for læring er å være med å utvikle praksis. Dreier vil inkludere læringsteori i personlighetspsykologien. Læringskonteksten blir da utvidet til å omfatte livet og samfunnet, så individets deltakerbaner går gjennom alle handlingskontekster (ibid). Dreier og Wenger deler oppfatning av at fortid og forestillinger om fremtid påvirker personens deltakerbaner. Lahn (2011:62) forstår Wengers banebegrep som en 'metaoppskrift' for utvikling. Lahn kritiserer Wenger for ikke få frem hvordan deltakerbaner oversettes til læring og identiteter. Lahn mener banebegrepet både i livshistorie og praksisfellesskap som perspektiv, ikke trekker inn betydningen av profesjoners domener og ikke vektlegger hva som læres. Han vil ha mer vekt på kognitive læringsaspekt. Videre mener han at i situerte og relasjonelle perspektiv, er kunnskapsbegrepet utydelig (ibid.: 60-65). Her er Lahn på linje med Eraut (1994, 2010:37-8) som hevder at individuelle kognitive perspektiv åpner for å få tak i hva personer lærer. Eraut knytter sammen både sosiokulturelle og kognitive perspektiv i den personlige kunnskap (ibid.). Michael Eraut (2004a, 2010) bruker læringsbaner fordi begrepet favner både endring i kontekst og variasjon og endring i praksis. Ved å bruke

deltakerbaner får en frem at læring gjør noe med forståelsen av situasjoner som igjen endrer studentens mulighet og posisjon for å delta i felles praksis og meningsdannelse.

I mitt prosjekt bidrar deltakerbaner og paradigmatisk baner til å belyse studentenes involvering i og forståelse av praksis ved postene. Videre har banebegrepene bidratt i analyser av studentenes læring og deres forståelse av fremtidig profesjonalitet. Studentenes deltakelse i postens og profesjonens virksomhet åpner for flere former for deltakerbaner i lokale fellesskap og praksiser innen og over profesjonsgrensene.

2.5 Kort oppsummering – sammensatte teoretiske og analytisk perspektiv

Det sentrale teoretiske perspektiv i avhandlingen er Wengers sosiale læringsteori om praksisfellesskap. I analysene bidrar perspektivet til å få frem hvordan mening, praksis og fellesskap og tilhørighet dannes og forhandles i samhandling gjennom deltakelse og tingliggjøring. Gjennom dette analytiske inntaket belyses postenes kompetansesystem, tverrprofesjonelle praksis og kompetanse. Videre blir begrepet deltakerbaner brukt for å løfte frem hvordan postenes praksis tilrettela for studenters deltakelse og læring i postens praksiser og fellesskap (Wenger 1998/2004). I analysene av tverrprofesjonell virksomhet og praksis er også begrepet grenseobjekt sentralt (Star & Griesemer 1989). Gjennom begrepet tydeliggjøres virkemåten til redskaper som elektronisk pasientjournal og tverrfaglige møter. Abbotts teori om profesjonssystem gir en referanseramme for å forstå samhandling, felles virksomhet og praksis når disse krysser profesjonsgrensene. Profesjonsgrenser markerer jurisdiksjon over oppgave- og kunnskapsfelt. Konkurransen om jurisdiksjon hos Abbott (1988) gir i analysene en kontrast til grenser som utviklings- og forbindelsesområder hos Wenger (1998/2004). Videre blir begrepet grensearbeid (Gieryn 1983) brukt for å få frem om og hvordan samhandling og praksis bidrar til å skape skiller mellom profesjonenes kunnskapsfelt. I analysene knyttes Abbotts tre begrep diagnose, vurdering og (be-)handling til utforming av felles interessefelt om pasienten i profesjonenes praksis og studentenes læring. Teoretisk perspektiv knyttet til profesjonelles kunnskap har inspirert analysene om hvordan bruk og utvikling av kunnskaper inngår i tverrprofesjonell praksis og i studentenes læring. Praktisk kunnskap (Grimen 2008a; Rolf 1991) er her sentralt. Videre brukes begrepet praktiske synteser (Grimen 2008a) for å få frem hvordan sammenkjedning av aktiviteter og kunnskaper var sentralt i utvikling av tverrprofesjonelle praksisfellesskap og studentenes læring.

3. Metode

I dette kapittel beskriver jeg hvordan jeg har gått frem for å frembringe, analysere og fremstille det empiriske materialet. Hensikten er å gjøre forskningsprosessen mest mulig transparent og la leseren ta del i overveielene jeg har gjort underveis. Jeg tar opp refleksjoner knyttet til etiske hensyn og prosjektets validitet. Forskningsprosessen har vekslet mellom utvidelse, innsnevring og dype dykk i empirien og i teoretiske perspektiv. Denne veksling gjør at min forskningsprosess er mer lik en spiralbevegelse enn en rettlinjert bevegelse.

3.1 Forskningsdesign

Prosjektet utforsker helsefagstudenters deltakelse og læring i tverrprofesjonell virksomhet og praksis ved sykehusposter. Det vil si hva lokal praksis er og hvordan denne åpner/lukker for å forbinde profesjonenes oppgaver og deres kunnskapsfelt. Og hvordan samhandling og bruk av felles redskap bidrar i studentenes utvikling av kunnskaper og profesjonalitet. Jeg har brukt flere kvalitative metodiske tilnærminger for å belyse prosjektets problemstilling og underspørsmål. I kvalitativ forskning søker forskeren å skape mening eller tolke fenomen ut fra den mening som folk gir dem (Denzin & Lincoln 2003:5). For å forstå hvordan studenter deltar og lærer i tverrprofesjonell samhandling og praksis, var det nødvendig at jeg var til stede i praksisfeltet. Deltakende observasjon gir tilgang til handling (Fangen 2004:141), og er en egnet metode for å utforske mønstre og sammenhenger mellom aktørenes aktivitet, relasjoner, samhandling, mening, bruk og utvikling av kunnskaper ved praksisstedene. Fokusgrupper er en metode som også får frem deltakeres samhandling (Morgan 1997; Halkier 2002). Metoden ga også innblikk i veiledernes oppfatning av postens virksomhet, praksis og studenters deltakelse og læring. Utforskning av hva og hvordan ting foregår ved postene har også til hensikt å utvikle kunnskap om sammenhenger mellom lokal praksis og studentenes læring. Undersøkelse av deltakeres erfaring og meningsdannelse av hva som skjer og av deres og andres handling, vil trenge forståelsesdata (Fangen 2004:31). Intervju og samtaler med studentene og deres veiledere får frem materiale om hvordan de forstår hendelser og praksis (Gubrium & Holstein 2003: 67; Kvale & Brinkmann 2009a/2009b).

Mitt empiriske materiale er generert ved feltstudier i to sykehusavdelinger der helsefagstudenter hadde praksisstudier, intervju med 15 studenter fra fire profesjoner og fokusgruppesamtale med to veiledergrupper. Teoretiske perspektiv som er presentert i foregående kapittel, har inspirert og ledet mitt forskerblikk i arbeidet med materialet.

3.2 Lokalisering av feltarbeidet og utvalg av deltakerne

Her beskriver jeg min fremgangsmåte for å finne og velge ut lokalisering av feltarbeidet og deltakere til studentintervjuene og veiledersamtalene. Utvalgene blir så presentert.

3.2.1 Valg av sykehusavdelinger og profesjonsutdanninger

Prosjektet retter søkelyset mot samhandling mellom deltakere fra fire profesjoner. Derfor ble valg av avdelinger styrt av hvor ergoterapeut-, fysioterapeut-, sykepleier- og legestudenter var i praksisstudier. Et annen faktor var at avdelingens pasienter hadde problem som tilsa at disse fire profesjonene ofte bidro i kartlegging, behandling og tiltak. Avdelingene var for voksne og somatisk syke, og var ikke akutt- og intensivavdelinger. Avgrensningen gjorde jeg fordi samhandling mellom de fire profesjonene i liten grad er aktuell og forventet i slike avdelinger. Akutt situasjon og sykdom krever ofte rask handling av den enkelte, og knapp tid gjør at ikke flere kan delta i vurdering (Eraut 1994:149-, 2000). Forskningsetiske prinsipp om at pasienter skal kunne samtykke i forskerens tilstedeværelse, var avgjørende for at jeg utelukket avdelinger for barn, psykisk syke og intensiv behandling. Samlet førte dette til at jeg la feltarbeidet til medisinske avdelinger der profesjonenes studenter var i praksis. En annen faktor for valg av sted var knyttet til hvor langt studentene var i studieforløpet. Jeg antok at dette kunne ha betydning for deres deltakelse i og forståelse av samhandling med andre profesjoner. Studenter kan ha oppfatninger av sitt fremtidige yrke før studiestart (Heggen 2010), og forventningene kan være tydeligere jo lenger de er i kommet i studiet. Studenter har større forutsetninger for å delta aktivt i utredning, behandling og samarbeid om pasienter, senere i studieforløpet. Slike overveielser gjorde at jeg ønsket et strategisk utvalg av studenter i 5./6. semester i bachelorstudiene og i 11./12. semester i legestudiet. For å finne når i studieforløpet praksisstudier var ved medisinsk avdeling, brukte jeg informasjon som lå på nettet, og som jeg sjekket med de aktuelle studieadministrasjonene. Med disse opplysningene laget jeg en oversikt over når studentgruppene var ved medisinske avdelinger. Medisinsk avdeling ved to sykehus var aktuelle. Der var ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudenter i praksis samtidig og ved en av dem også legestudenter. Ved naboposten var det også legestudenter. Feltarbeidet er derfor lagt til tre sykehusposter med hovedfokus på to poster der høgskolestudentene var. Ved Ringen sykehus (fiktivt navn) var Studenttett post praksissted for alle grupper, og også ved naboposten var det legestudenter. Ved en studenttett post overtar studenter deler av arbeidet. Jeg beskriver dette i kapittel 4. Ved Lien sykehus

(fiktivt navn) var ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudenter i samme post.

3.2.2 Tilgang til feltet

Generelt er ikke forskning på helsepersonell og arbeidsforhold fremleggelsespliktig for Regional Etisk Komité (REK). Fordi mitt feltarbeid var lagt til sykehus, ble prosjektet vurdert av leder for REK. Lederen bekreftet at prosjektet ikke skulle legges frem for REK. I januar 2007 godkjente Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) at prosjektet ble gjennomført i tråd med redegjørelsen i min søknad. Det kan være en utfordring å finne frem i store organisasjoner som sykehus, for å få tilgang til forskningsfeltet (Album 1996). Via sykehusenes nettsider fant jeg forskningsseksjonen, som rettledet meg i hvordan jeg skulle gå frem for å få tillatelse fra medisinsk avdeling til å gjøre prosjektet. Tillatelse fra NSD og sykehusets registreringskjema for forskningsprosjekt ble sendt til avdelingsoverlegen ved Ringen og direktøren ved Lien sykehus. I løpet av noen måneder var avtalene i orden for lokaliseringen av undersøkelsen. I arbeidet med å nå frem til de som kunne gi tillatelse til undersøkelsen og tilgang til poster og avdelinger, hadde jeg god bruk for min kjennskap til sykehus som organisasjon og profesjonene. Før jeg tok kontakt, sørget jeg for å vite hvem lederne var og deres navn. Fangen (2004:63) peker på at ledere ikke bare er portvakter, men de kan også tilrettelegge for hvordan forskeren blir mottatt senere. Jeg var bevisst på at hver profesjon har en leder, og at de er viktige døråpnere for at personalet vil delta i prosjekter.

Avdelingsoverlegen ved Ringen som var medisinsk ansvarlig, godkjente straks prosjektet. Han videresendte søknaden til avdelingens administrative leder som også ga sin støtte. Overlegen var svært imøtekommende og formidlet informasjon videre til overlegene som hadde ansvar for legestudenter. Jeg kontaktet også avdelingslederne for ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere, og ga også dem sykehuset meldeskjema og tillatelsen fra NSD. De var også positive til feltarbeidet og til at flere profesjoner deltok. Vi avtalte at jeg sendte dem en e-post når feltarbeidet startet slik som til overlegen. Ved Lien fulgte jeg tilsvarende fremgangsmåte. Her fikk jeg først tillatelse fra administrativ leder, og så fra medisinsk ansvarlig avdelingsoverlege. Overlegen ønsket at jeg avtalte nærmere med avdelingens sykepleierleder. Hun var også positiv til at prosjektet, og fortalte postens sykepleierledere at jeg ville lage konkrete avtaler med dem. Hun ba meg om å komme innom sitt kontor når feltarbeidet startet. Også her kontaktet jeg og sendte sykehusets meldeskjema og tillatelse fra NSD til avdelingens ergo- og fysioterapeutledere. I alle henvendelser fortalte jeg at jeg var

fysioterapeut, lærer ved fysioterapeututdanningen og vant til å være i travle sykehusposter. Jeg viste til at jeg har taushetsplikt i forhold rundt pasienter som fysioterapeut og som forsker. Jeg gjorde særlig oppmerksom på at jeg ikke ville notere navn på sted, ansatte og pasienter. Alle data som jeg nedtegnet ville være aidentifisert slik at de ikke kunne knyttes til personer.

Prosessen for å få tilgang til sykehuspostene kan fremstå som omstendelig, men var vel anvendt tid. Senere opplevde jeg å bli møtt med åpenhet og velvilje. Det ble lett å kontakte lederne for å få opplysninger om hvordan tjenestene var organisert og profesjonenes lokale virksomhet. Lederne åpnet for at jeg kunne delta i de møteforma som jeg fant formålstjenlige, og de gjorde det enkelt for meg å kontakte personalet. Da feltarbeidet tok til, opplevde jeg at personalet var forberedt på at jeg ville være tilstede.

3.2.3 Rekruttering og utvalget av studenter og veiledere

Jeg fikk hjelp til å rekruttere deltakere til prosjektet av utdanningsinstitusjonene som brukte postene som praksissted. Etter en skriftlig forespørsel til høgskolens fakultet som utdanner ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere (vedlegg 1), kom det raskt positivt svar fra dekanene. De oppga hvem i administrasjonen som skulle sende forespørsel om deltakelse til studenter og veiledere. Studielederne og fakultetets administrative leder fikk så tilsendt samme informasjon som fakultetet hadde fått. Studielederne var positive, og de viste seg å være nyttige døråpnere. De hjalp meg å finne tidspunkt for undersøkelsen som ikke kolliderte med store eksamener og andre prosjekt som berørte studentene. De fortalte hvilke lærere som jeg kunne avtale informasjonsmøte med for studenter. Ved semesterstart informerte jeg om prosjektet og presenterte meg i de aktuelle klasser ved ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierutdanningene. Jeg fortalte at noen av dem ville få brev med forespørsel om å delta. I brevet lå ferdig frankert svarkonvolutt til meg. Parallelt sendte administrasjonene ut min forespørsel til studenter som skulle være ved de to postene i det aktuelle tidsrom (vedlegg 2). Også studentenes veiledere ved disse to praksissteder fikk en skriftlig forespørsel (vedlegg 3). NSD hadde godkjent begge forespørslar. Ved medisinsk fakultet kontaktet jeg studiedekan som var positiv. Studiedekan og administrativ leder fikk så tilsendt informasjon. De tipset om at studenter i siste/12.semester er vanskelig å rekruttere. Jeg fikk vite hvem som kjente praksisstedene og kunne sende forespørsel til studenter i 11.semester. Praktisk var det umulig å samle legestudentene til et informasjonsmøte. I alle forespørslar om informert samtykke gjorde jeg oppmerksom på at deltakelsen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg

fra prosjektet. Jeg beskrev hvordan anonymisering og konfidensialitet ville bli sikret, og at NSD hadde godkjent prosjektet. Jeg uttrykte tydelig i brev og informasjonsmøter at jeg ikke ville ha innflytelse på vurdering av studenter i praksisstudiet. Utfra forskningsetiske prinsipp om å ivareta deltakere, mener jeg dette er en forutsetning for å spørre studenter om å ha en forsker som følgesvenn. Dette var viktig hvis studenter skulle åpne for at jeg fulgte med i hva de gjorde og hvordan de handlet. Tillitsforholdet mellom deltaker og forsker avgjør hvor nært forskere kan komme (Emerson, Fretz & Shaw 1995; Fangen 2004:57). I feltarbeidet var jeg særlig vår for og trakk meg unna spørsmål og kommentarer relatert til vurdering av studenter.

Femten studenter samtykket skriftlig om å delta i prosjektet. Jeg kontaktet disse umiddelbart, og vi avtalte å møtes når praksisperioden startet. Åtte sykepleierstudenter fikk forespørsel om å delta. Fra ergo- og fysioterapeututdanningene ble det sendt brev til de fleste som skulle til postene i perioden. Seks legestudenter var aktuelle å spørre om å delta. Til tross for purringer samtykket kun to av dem. Ergoterapeututdanningen endret fagplan og flyttet somatisk praksis fra 3. til 2. studieår før feltarbeidet startet. Derfor er to av ergoterapeutstudenter i 2. studieår.

Mitt strategiske utvalg omfatter studenter og veiledere fra fire profesjoner, hvilket skaper variasjon i utvalget. Underveis avgjorde jeg at det var praktisk umulig å ta hensyn til alders- og kjønnsfordeling. I utvalget er det flest kvinner, på samme måte som det er flest kvinner i helsefagutdanninger (Mastekaasa & Smeby 2005). Oversiktene viser at det i materialet inngår mange leger. Dette henger sammen med at leger følger vaktordninger som gjør at de i noen uker er fraværende fra posten. Stadige bytter av leger er et forhold professor i sosialmedisin Per Fugelli (2011) har trukket frem etter selv å ha vært sykehuspasient.

Utvalget omfatter fire ergoterapeut-, fire fysioterapeut-, fem sykepleier- og to legestudenter. De er i siste studieår med unntak av to ergoterapeutstudenter. Alle har hatt en eller flere praksisperioder før de deltok i prosjektet. Elleve er under 25 år, og fire er over 30 år. Studentene har arbeidserfaring fra helsetjenesten bortsett fra to sykepleierstudenter. En fysioterapeut- og en legestudent er menn. Bortsett fra en sykepleierstudent er de norsk etniske. Antall studenter fra profesjonene er ganske jevnt fordelt. I feltarbeidet møtte, observerte og snakket jeg med mange flere studenter enn de i utvalget.

Studentene som deltok i intervju:

Profesjon	Fiktivt navn	Post	Sykehus	Alder	Studie år	Arbeid innen helse	Annen høyere utdanning	Kode notisbok
Ergoterapeut	Anne-Es	Studenttett	Ringen	< 25	3	X	X	Es1
"	Tuva-Es	"	"	< 25	3	X		Es2
Fysioterapeut	Tor-Fs	"	"	< 25	3	X	X	Fs1
"	Silje-Fs	"	"	< 25	3	X		Fs2
Lege	Kari-Ls	Studenttett	"	> 30	6	X	X	Ls2
"	Per-Ls	Medisin	"	< 25	6	X	X	Ls1
Sykepleier	Pia-Ss	"	"	< 25	3			Ss1
"	Berit-Ss	"	"	< 25	3			Ss2
"	Mette-Ss	"	"	> 30	3	X		Ss3
Ergoterapeut	Heidi-Es	Medisin	Lien	< 25	Sist i 2	X		Es20
"	Aina-Es	"	"	< 25	Sist i 2	X		Es30
Fysioterapeut	Jorid-Fs	"	"	< 25	3	X	X	Fs10
"	Line-Fs	"	"	< 25	3	X		Fs20
Sykepleier	Jane-Ss	"	"	> 30	3	X		Ss10
"	Stine-Ss	"	"	> 30	3	X	X	Ss20

Veilederne som samtykket til å delta i fokusgruppesamtalen:

Profesjon	Fiktivt navn	Post	Fokus-gruppe	Alder	Veileder-utdanning	År i yrket	Kode i notisbok
Ergoterapeut	Annette-E	Studenttett	1	< 32	Etterutd.	5-10	E1
"	Nina-E	"	"	< 32	Videreutd.	5-10	E2
Fysioterapeut	Tone-F	"	"	< 32	Etterutd.	5-10	F1
"	Ida-F	"	"	> 50	Videreutd.	> 25	F2
Sykepleier	Lise-S	"	"	< 32	Etterutd.	< 5	S1
"	Jan-S	"	"	< 32	"	5-10	S5
"	Kirsti-S	"	"	> 32	Videreutd.	5-10	S6
Sosionom	Inger-Sos	"	"	> 32	"	> 20	Sos1
Overlege	Anders-Lo	"	fravær	> 50	Etterutd.	> 25	Lo3
Sykepleier	Lene-S	"	"	< 32	"	< 5	S2
"	Lars-S	"	"	> 50	Videreutd.	> 25	S3
"	Lisbeth-S	"	"	> 50	"	> 25	S4
Ergoterapeut	Marit-E	Lien	2	< 32	"	5-10	E10
Fysioterapeut	Sylvia-F	"	"	> 32	"	5-10	F10
Sykepleier	Ruth-S	"	"	< 32	Etterutd.	< 5	S20
"	Sølvi-S	"	fravær	> 40	"	> 25	S10

Utvalget av veiledere ble styrt av hvem som veiledet studenter som hadde sagt ja til å delta.

Det var derfor uaktuelt å bruke andre utvalgsriterier. Ved Lien ble en sykepleier sykemeldt, der deltok en ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier i fokusgruppen. Åtte veiledere deltok i samtalen ved Ringen. En akutt situasjon hindret to sykepleiere og overlegen fra å delta.

Ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierveilederne er kvinner bortsett fra to sykepleiere. Mange er unge og har vært i yrket under ti år. De fleste har etter-/videreutdanning i veiledning. Blant overlegene som har formelt ansvar for legestudentene, er det både kvinner og menn. I feltarbeidet observerte og snakket jeg med mange andre ansatte.

Ansatte som inngår i materialet ved Ringen:

Profesjon	Fiktivt navn/kode	Post	Alder	Profesjon	Fiktivt navn/kode	Post	Alder
Ergoterapeut leder	Eva-Eo /Eo	Begge	>30	Overlege	Eric-Lo /Lo2	Begge	>40
Sykepleier-leder	Lotte-So /So	Begge	>40	Overlege	Otto-Lo /Lo5	Begge	>40
Lege	John-L /L1	Studenttett	>30	Overlege	Eli-Lo/Lo1	Begge	>50
“	Anton-L/ L5	“	>30	Overlege	Andrea-Lo /Lo4	Medisin	>50
“	Maria-L/L4	“	>30	Sykepleier	Siv-S/S7	Studenttett	>30
“	Ole-L/L7	“	>30	“	Frida-S/S8	Medisin	>30
Turnuslege	Sandra-Lt /Lt1	“	>30	“	Therese-S /S9	“	>25
“	Mads-Lt/Lt2	“	>30	“	Oda-S/S10	“	>25
Ergoterapeut	Berit-E /E11	Medisin	>25	“	Ella-S /S11	“	>30
Fysioterapeut	Sissel-F /F11	“	>25	“	Mari-S /S12	“	>40

Ansatte som inngår i materialet ved Lien:

Profesjon	Fiktivt navn /kode	Alder	Profesjon	Fiktivt navn /kode	Alder
Ergoterapeut	Axel / E30	>25	Overlege	Svein-L /Lo20	>50
”	Tom / E40	>25	“	Lspes / Lo80	>50
”	Jorunn / E20	>30	“	Pål-L / Lo50	>40
Ergoterapeutleder	Guro / Eo	>50	Sykepleierleder	Grete-So /So10	>40
Fysioterapeutleder	Else / Fo	>50	”	Gro-So / So20	>30
Fysioterapeut	Alice-F/ F20	>30	Sykepleier	Malin-S / S30	>25
“	Bente-F/ F30	>25	“	Ellen-S / S40	>40
“	Sofie-F / F40	>25	“	Knut-S / S50	>30
“	Bodil-F/ F50	>30	“	Linda-S / S60	>30
Lege	Liv / L10	>30	“	Toril-S / S70	>30
“	Truls / L30	>30	”	Hilde-S / S80	>30
“	Jens / L40	>40	Sosionom	Siri / sos10	>50
“	Nils / L60	>30	Sosionom	Carl / sos20	>50
Sekretær	sek /sekretær	>50	Logoped	logo	>40

De fleste i materialet er leger og sykepleiere, andre er sosionom, logoped, hjelpepleier og sekretær. Jeg møtte mannlige sykepleiere alle steder og mannlige ergoterapeuter ved Lien. Jeg traff kvinnelige og mannlige turnusleger, leger og overleger. Formelle tilsetningskrav gjør at alle overleger er spesialister. Flest uten norsk etnisk bakgrunn var det blant leger og sykepleiere ved Ringen.

3.2.4 Informasjon til personalet og pasienter ved sykehuspostene

På min oppfordring innkalte avdelingslederne til informasjonsmøte for personalet ved oppstart av feltarbeidet. Ved Ringen var møtet i tilknytning til Tverrfaglig møte. I tillegg informerte jeg legene på deres felleskontor ved Studenttett post. Ved Lien hadde jeg tre informasjonsmøter, henholdsvis for ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere. Der ble andre faggrupper informert i tilknytning til Tverrfaglig møte. Jeg ga samme informasjon som lå i informasjonsskrivet som NSD hadde godkjent (vedlegg 4). Jeg vektla å få frem at jeg var der som forsker og ikke skulle evaluere pasientbehandling, ansatte og studenter. Jeg forsikret om min taushetsplikt, og at jeg noterte aidentifisert informasjon. Jeg ba dem si fra når det var situasjoner der de ønsket at jeg trakk meg vekk. Jeg presiserte at når pasienter var til stede, så skulle de bli spurt før jeg deltok. Videre at jeg ikke skulle delta i arbeidet, men når det var naturlig og nødvendig så kunne jeg bære/bringe ting, støtte en arm og lignende. Jeg fortalt kort om min bakgrunn. Det kom få spørsmål, og jeg fikk positiv respons på at jeg gjorde feltarbeid. Alle tre steder ble det kommentert at deres post passet til mitt prosjekt «*fordi vi samarbeider tverrfaglig*». Avdelingslederne bestemte hvor informasjonsskrivet ble slått opp. Dette ble plassert både på pasientenes informasjonstavler og på personalets tavler i vaktrom og kontorer. Jeg opplevde aldri at pasienter sa nei når studentene spurte om jeg kunne være med. Enkelte pasienter fortalte meg også at de hadde lest oppslaget.

3.3 Generering av det empirisk materiale

Her beskriver jeg hvordan jeg gikk frem i planlegging og gjennomføring av feltarbeidet, intervjuene med studentene og de fokuserte veiledersamtalene. I kvalitativ forskning er det vanlig å omtale empirien som materiale og ikke data. Av hensyn til språklig variasjon bruker jeg empiri, materiale, data og datamateriale om hverandre.

3.3.1 Feltarbeid

Formålet med feltarbeid er at forskere får førstehåndserfaring for å utvikle kunnskap om daglige og vanlige hendelser. Feltarbeid omfatter deltakende observasjon og inkluderer aktørers bruk av redskap og dokumenter samt samtaler med aktørene underveis (Emerson et al. 1995; Hammersley & Atkinson 1996; Atkinson & Coffey 2003, 2004; Fangen 2004; Prior 2004; Järvinen & Mik-Meyer 2005). Forskerens opplevelse og erfaring blir også del av materialet, og en utfordring er å synliggjøre hva som er forskerens forforståelser (Fangen 2004). Min forforståelse er påvirket av at jeg er forsker, fysioterapeut og lærer ved

fysioterapeututdanningen. Jeg har prøvd å få dette frem i min beskrivelse av hvordan jeg arbeidet og mine overveielser underveis. Tempo i virksomheten ved sykehus gjør at hva som skjer, hvordan og med hjelp av hvilke redskap, kan bli tatt for gitt. Da blir det vanskelig å forstå betydninger av hendelser og sammenhenger som de inngår i (Fangen 2004; Emerson et al. 1995). I feltarbeidet var min utdanning og yrkeserfaring et fortrinn for å følge og forstå hva som ble sagt og vurderinger som ble gjort av pasienters problem, kartlegging og behandling. Samtidig krevet dette bevissthet om hvordan min bakgrunn, forkunnskap, forforståelse og rolle kunne lede mitt forskerblikk (Wadel 1991), og gjøre meg feltblind (Malterud 2003) slik at læreren og fysioterapeuten i meg hindret at jeg oppdaget det implisitte i daglige hendelser. Jeg redegjør for min forskerrolle i 3.7.

3.3.1.1 Gjennomføring av feltarbeidet

Feltarbeidet som jeg utførte blir av Fangen (2004) beskrevet som deltakende observasjon på deltid. Feltarbeidet fylte ikke døgnet, så jeg kunne fortsette vanlige aktiviteter i arbeidet og hjemme. I alt omfatter feltarbeidet 18 uker. Jeg var ikke til stede alle dager i samtlige uker. Dermed fikk jeg anledning til å arbeide med feltnotatene underveis. Planen var først å gjøre ferdig feltarbeidet ved Ringen sykehus. Jeg tenkte det ville være enklere å konsentrere meg om et sted av gangen. Men endring i Fagplanen ved ergoterapeututdanningen og tidspunkt for legestudentenes praksisperiode gjorde at jeg måtte veksle mellom sykehusene.

Slik fordelte og vekslet feltarbeidet mellom stedene: 5 uker ved Studenttett post – 3 uker ved Lien – 4 uker ved Ringen - 2 uker ved Lien og etter et opphold 4 uker ved Lien.

Vekslingen mellom praksisstedene viste seg å være fruktbar. Jeg ble årvåken for hvordan ting ble gjort og mulige konsekvenser som følge av likheter og ulikheter ved postene. Eksempelvis la jeg merke til den systematiske bruk av elektronisk dokumentasjon ved Lien. Jeg ble da mer oppmerksom på hvordan aktørene brukte muntlig informasjon som erstatning og supplement for den skriftlige. Aktørenes utvikling og bruk av personlige relasjoner trådte tydeligere frem. Jeg undret om studentene ved Lien kjente andre profesjoners deltakere og aktivitet når de hadde samme pasienter. Vekslingen mellom postene var med å skjerpe min oppmerksomhet og hjalp meg til å merke forhold, som jeg ellers kunne tatt for gitt. Pendlingen ble et viktig bidrag for å få frem tykke beskrivelser, der formålet er å få tak i glipp av vanlige og gjentatte hendelser som fort blir tatt for gitt (Geertz 1973). For meg som er vant med sykehusmiljø, ble

dette en hjelp for å forstå og finne mønstre og mulige forbindelser mellom daglige hendelser i profesjonenes lokale samhandling og studentenes deltakelse og læring.

I feltarbeidet var jeg i uniform med navneskilt. Hygieniske grunner gjør at uniform skal brukes i sengeavdelinger. For meg er det naturlig å bruke uniform i pasientarbeid og jeg bruker også uniform når jeg besøker helseinstitusjoner som kontaktlærer ved utdanningen. Skifte til uniform gjorde jeg i garderoben, som alle andre. Uniformen gjorde meg til en av de mange i hvitt og ga slik støtte til en type deltaker-rolle. Ved sykehusene brukte de fleste profesjoner samme type uniform, hvit bukse og kort, hvit kittel. Leger og sosionomer skilte seg litt ut ved at de har en halvleng hvit frakk over. Slik frakk hadde også renholderne. Mitt navneskilt anga hverken profesjon eller sykehus, men Høgskolen i Oslo. De som kjente sykehusets navneskilt, kunne tydelig se at mitt skilt var forskjellig. Ved sykehusene fikk studenter samme type navneskilt som personalet, men en S på skiltet viste at de er studenter. I feltarbeid er det et poeng å finne en naturlig plass i stedets hverdagsliv (Emerson et al.1995). For å få dette til og planlegge hvordan jeg skulle legge opp dagene, valgte jeg å følge henholdsvis en ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier i en til to dager. Fra tidligere yrkeserfaring visste jeg at sykehus har faste rutiner og tidspunkt for daglige og ukentlige aktiviteter, som jeg måtte bli kjent med. Ved å følge noen ansatte kunne jeg bli kjent med hvor personer, profesjoner og fysisk materiell var. Jeg visste at i travle hverdager, er det en fordel å finne frem uten stadig å be om hjelp. Jeg antok at dette ville gjøre at jeg kunne bevege meg fritt mellom steder, personer og situasjoner. Senere lot jeg gjerne studenter vise og hjelpe meg. Det å være litt naiv kan åpne for å komme inn i et miljø (Fangen 2004:104). Jeg tenkte også at det ville styrke studentenes forhold overfor meg at de kunne mer enn meg om postens og profesjonens hverdag. Dette ga meg også innsikt i hvor kjent og fortrolig studentene var med stedet, aktiviteter, redskap og personer.

Avdelingslederne fant en ansatte som jeg var «assistent» for disse første dagene. Hele dagen fulgte jeg personen også i møter, pauser og på kontoret. Jeg var med når hun undersøkte, behandlet, trente eller stelte pasienter. Underveis var det lett å spørre om konkrete og praktiske forhold ved posten og profesjonens aktiviteter. Jeg fikk også vite litt om hensikt og begrunnelser for hva de gjorde. I etterkant skrev jeg ned spørsmål og stikkord om rutiner og tidspunkt som pasienters måltider, legevisitt og grupper, samt møter, pauser, vaktlister og hvor slik informasjon fantes. Jeg merket meg hvor oppslagstavler og skriftlig informasjon var.

Senere fikk jeg tak i utfyllende data og hvis mulig, kopi av ukeplaner, møteoversikter, hefter, skjema og dokumentmaler. Bakgrunns materialet om postene var nyttig for å planlegge dagene og sjekke ut mine data. Min arbeidserfaring som fysioterapeut og pleieassistent i sykehus, gjorde at jeg fulgte en sykepleier først. Jeg visste at sykepleiere har oversikt over pasienters døgnrytme og postens aktivitetsplan. Postens aktiviteter, dags- og ukeplaner er vevet inn i sykehusets virksomhet. Det vil si at oppgaver, myndighet og ansvar er fordelt på flere enheter, avdelinger, yrkesgrupper og personer. Disse er spredd både i tid og sted. Selv om min forskningsinteresse er studenters deltakelse og forståelse av profesjonenes praksis ved posten, var det nødvendig å kjenne postens virksomhet i sykehuset. Mitt første innblikk i postens hverdag fikk jeg ved å følge pleiernes arbeidsdag. Jeg opplevde å bli tatt vel imot og ble invitert med i ulike aktiviteter. Jeg var nøye med ikke å trekke meg ut av mindre attraktive gjøremål som å hjelpe til når pasienten skulle på WC, eller hente og bringe utstyr. Mange kommenterte det var bra at en fra høgskolen var «ute». Flere mente det var bra at jeg var med som assistent. Min innledende hospitering ga meg mulighet til å spørre om konkrete forhold på samme måte som en ny i staben. Underveis fikk jeg bekreftet at pasientene hadde problem som gjorde at flere profesjoner bidro. Disse første dagene styrket mitt valg av disse postene for feltarbeidet. Medvirkende var den positive respons jeg fikk på at en fra høgskolen skulle studere hva som skjedde i praksisfeltet. I løpet av den første uken ved posten samtalte jeg også med avdelingslederne blant annet om organisering, oppgaver og målsetninger.

I sykehus skjer det noe hele døgnet og hver eneste dag. En feltforsker må velge ut tidsperioder som har betydning ut i fra prosjektets hensikt (Hammersley & Atkinson 1996: 77). Vanligvis var jeg ved posten fra morgenen av. Noen få ganger rakk jeg nattevaktens rapport til pleierne klokken halv åtte. Av og til fikk jeg med meg sykepleiernes kveldsrapport etter klokken 15. Da kunne jeg følge samhandling og informasjonsflyt om pasienter i og mellom profesjonene gjennom store deler av døgnet. Jeg så da hvilke typer kunnskaper som ble formidlet, hvordan, når og fra/til hvem. Aktørene brukte også PC til å hente/gi informasjon. Jeg vurderte å følge en sykepleierstudent på en helg- eller kveldsvakt. Men ingen andre studenter var der da. Jeg slo dette fra meg, også fordi materialet fra dagtid var rikt og mer egnet for mitt fokus knyttet til tverrprofesjonell praksis. Mine data er i all hovedsak fra ukedagene mellom klokken åtte og halv fire. I dette tidsintervall tok jeg som andre del i døgnets/ukens hendelser ved posten. Materialet omfatter også samtaler med deltakere om hendelser når jeg ikke var tilstede.

Feltarbeidet gir mulighet til å få tak i det som til enhver tid skjer og inngår i hverdagen ved sykehus og som nærmest er en selvfølge (Album 1996:226). Mitt hovedfokus var studentenes deltakelse i postens praksis og tverrprofesjonell samhandling. Derfor brukte jeg studentenes oversikter for studiedager og –aktiviteter og sykepleierstudentenes vaktlister for å velge ut dager for min observasjon. Stort sett fulgte jeg gjøremålene til en profesjon i løpet av en hel/halv dag inkludert pauser, og gjerne ved å henge med en eller to studenter. Noen ganger fulgte jeg enkelte pasienter gjennom deler av dagen. Dette ga innblikk i hvordan profesjonene kartla, behandlet, brukte og formidlet kunnskaper, og hvordan de fulgte opp hverandres tiltak. Jeg var i samme rom som studentene, gikk sammen med dem fra sted til sted og fra gjøremål til gjøremål. Med andre ord hadde jeg mange frihetsgrader til å bevege meg over tid, sted og profesjoner for å følge deltakernes aktivitet og samhandling.

Jeg valgte å følge det som ble omtalt som *tverrfaglig* og *praksis*. Dette er en følgeform der forskeren følger aktørenes benevnelser (Marcus 1995). Praksis kunne bety flere ting. Grovt sett var en praksis alt pasientrettet arbeid, og en praksis viste til studenters praksisstudier ved posten. En del av utforskningen var å finne praksiser og sammenhenger som falt under begge benevnelser og med betydning for deltakerne. To andre følgeformer er å følge personer og objekt (ibid.). I min observasjon fulgte jeg dels personer og dels deres redskap. Jeg fulgte oftest studenter, men også pasienter. Dette siste ga meg innsikt i profesjonenes konkrete pasientarbeid og deres videreføring av hverandres bidrag. Jeg fulgte også bruken av skjema/dokument både i papir og elektronisk form som var sentrale i profesjonenes samhandling. Jeg prioriterte å være med i postenes tverrfaglige fora, også de der to profesjoner deltok. Dette siste gjaldt mest Previsitt der lege og sykepleier møttes. Jeg var også med når studentene var i profesjonsvise møter, og når studentene snakket med og hadde møter med veilederne. Andre ganger satt jeg sammen med studenter og/eller ansatte når de samtalte enten det var i vaktrom, pauserom, kontor, møte- eller behandlingsrom. Jeg prøvde å fange opp situasjoner som gjaldt mer enn en profesjon, enten de oppsøkte andre eller var hos en pasient.

I feltarbeidet hadde jeg nytte av min lærererfaring fra å observere studenters og pasienters samspill. I disse situasjonene skal jeg få med meg hva som blir sagt og gjort og i etterkant få frem begrunnelser. Når jeg var i posten, kunne jeg i tillegg til å se og lytte, delta i småprat og gi en håndsrekning som å holde noe. Deltakende observasjon åpner for å samtale underveis for å få frem deltakernes forståelse (Fangen 2004). I forkant av en aktivitet eller i etterkant av

en hendelse stilte jeg ofte spontane eller mer strukturerte spørsmål for å få tak i deltakernes tolkning. Etter hvert fikk jeg innsikt i postens, profesjonenes og studentenes daglige virke og vanlige pasientforløp. Jeg kom ganske nært inn på hvordan deltakerne samhandlet om felles pasienter og om studenters læring. En vesentlig faktor i frembringelse av datamateriale er deltakernes samspill (Atkinson & Coffey 2003). Mulighetene for og deltakernes velvilje til å la meg være med og til å snakke med meg underveis, har vært uvurderlig i utvikling av materialet og min forståelse. Når student, veileder og kontaktlærer vurderte studentens praksisperiode, sørget jeg for hverken å være med eller i nærheten. Jeg ville at studentene var sikre på at jeg hverken vurderte dem eller påvirket veileders vurdering. Til grunn lå min antakelse om at tilstedeværelse i vurderingssamtaler kunne påvirke forholdet mellom student og meg, mellom student og veileder, samt mellom veileder og meg. Hele veien var jeg bevisst på ikke å følge med til pasienter som var i en særlig sårbar situasjon. Eksempelvis sørget jeg for å vite hvilke pasienter som var kritisk syke, slik at jeg kunne trekke meg vekk.

Underveis og ved dagens slutt noterte jeg også når noe undret meg. I de neste dagene prøvde jeg å få vite mer om dette, både ved å rette oppmerksomheten mot noe spesielt og ved å spørre studenter og ansatte. Feltarbeidet ble da fokusert, eller avgrenset til hva og hvordan en person handlet og beskrev betydninger av det som skjedde. For eksempel ble Tverrfaglig previsitt en dag ledet av en overlege, som studentene ikke kjente. Legen kjente posten godt fra tidligere, men han kjente ikke pasientene. Jeg la merke til at han ledet møtet noe annerledes enn legene som jeg hadde observert. Han ønsket begrunnelser og brukte tid til å tenke høyt i vurderinger. Jeg ble nysgjerrig på hvordan studentene erfarte møtet og oppsøkte dem etterpå. I møtet kom ikke ergoterapeutstudent Anne helt til orde, og legen avbrøt henne en gang. Etterpå sa Anne *«det ble ikke noen ok læringssituasjon i dag»*. En annen ergoterapeutstudent var uenig og sa til Anne at møtet var *«mer pedagogisk, og i dag måtte vi være frempå fordi legen ikke tok runde»*. Jeg gikk fra ergoterapeutene til sykepleierstudentene som sa til veilederen: *«vi lærte mye fordi legen fikk oss til å se at vi må spørre oss selv om hvorfor blodtrykket falt»*. Slik kommenterte en fysioterapeutstudent møtet: *«legen fikk frem hvordan han tenkte, hva som gjorde hvilken retning det kunne gå for pasienten»*. De tolket legens handling i møtet ulikt. For å fange opp hendelser som ble tillagt ulik mening, var jeg avhengig av å merke at noe var uvant. Når jeg oppfattet nyanser i måten noen snakket/ikke snakket og beveget/ikke beveget seg, kunne jeg ane en reaksjon. Situasjoner der handlingsmønstre skilte seg litt ut, ble en innfallsvinkel til å finne mening i vanlige hendelser. Slike hendelser ble nyttige i mitt arbeid

med intervjuguiden, og hjalp meg til ikke å ta vanlige mønstre for gitt og til å søke etter hva dette betød.

I møtefora satt jeg ved bordet, ofte nederst, og noterte. Også i profesjonsvise møter i vaktrom, kontorer og lignende, skrev jeg notater. Jeg var en av mange som skrev, så det falt naturlig. Når jeg var med til behandlings- og treningsrom, var det også naturlig å notere. Da satt jeg litt på avstand ved et bord og lignende. I situasjoner hvor jeg var tett på pasienter, var alene med en person og i pausene, noterte jeg ikke. Like etter så gikk jeg litt for meg selv for å notere. Jeg erfarte at å være observatør betød å tilpasse seg situasjoner og skape sosiale relasjoner slik Holstein og Gubruim (1997) skriver. Jeg prøvde å få med når og hvordan studenter og ansatte oppsøkte og brukte bidrag fra sin og andre profesjoner. Når studenter fra to eller flere profesjoner gjorde noe sammen, snakket jeg gjerne med dem etterpå om hva de hadde fått ut av samhandlingen. I profesjonens møter prøvde jeg å få med meg om og hvordan bidrag fra andre profesjoner ble omtalt og brukt. Jeg hadde en ganske åpen og empirinær tilnærming til hva jeg skrev. Til tider var det krevende å være konsentrert og utholdende. Jeg måtte anstrenge meg for å få frem det som Emerson, Fretz og Shaw (1995) omtaler som typiske og vanlige situasjoner og tilbakevendende handlingsmønstre. Jeg har helt sikkert ikke fått med alt. Variasjoner og brudd i hverdagen gir innblikk i hva vanlig handling betyr og det implisitte i rutiner (Emerson et al. 1995; Hammersley 2007). Avvik i postenes hverdag skjerpet min bevissthet om ikke å ta ting for gitt i feltet og analysene. Eksemplet over illustrerer muligheter som åpnet seg når møtepraksis brøt med hva som var vanlig.

En særlig utfordring for meg var det å ikke supplere med opplysninger som ble etterspurt, og som jeg hadde etter å ha fulgt aktivitetene. Jeg opplevde også å bli spurt av studenter og ansatte fra ulike profesjoner om min vurdering og synspunkt på undersøkelse og tiltak. Størst utfordring var det å være med uten å delta aktivt når jeg var i mindre studentgrupper, ikke minst når de mente at jeg kunne noe om tema. Jeg skulle vise interesse, uten å si noe særlig. Noen ganger brukte jeg knepet med å spørre tilbake hva de selv mente. I informasjonsmøtene fortalte jeg om min bakgrunn, men ellers anstrenget jeg meg for hverken å være fysioterapeut eller lærer. Etter en uke fortalte en student at de hadde snakket om min profesjon og hadde landet på at jeg var sykepleier. Da var jeg ganske tilfreds med å si at jeg var fysioterapeut. En gang gikk jeg helt ut av forskerrollen. Det var i en krisesituasjon, og da ble det umulig for

meg å bare henge rundt. Springvannet var udrikkelig og det manglet flaskevann til pasientene. Da valgte jeg å hjelpe til og koke vann på kjøkkenet i en time.

Jeg ble invitert med i mange typer møter, aktiviteter og pauser. Eksempelvis måtte jeg ved Lien variere hvor jeg spiste og hvilken profesjons fredagslunsj som jeg spleiset på. Ved Ringen satt jeg ved lunsjbordet til studenter og ansatte fra de fire profesjonene. Jeg opplevde å bli møtt med stor grad av tillit og åpenhet. Bare en gang sa en student at hun ønsket at jeg ikke var der mens hun skrev et utkast. Fangen (2004:100) omtaler det som tegn på vellykket feltarbeid når aktører viser vilje til å inkludere forskeren. Jeg ble møtt med litt spøkefulle kommentarer som «skal du forske litt på oss igjen» og «det er morsomt med deg at du bare dukker opp», og også med forventning om nytte av at jeg var der «si fra om du ser noe vi kan gjøre bedre». Jeg tok meg i å bruke *vi* om en gruppe. I feltet mener jeg at jeg klarte balansen mellom å ha distanse som forsker og å være nær som en type deltaker. Feltblindhet kaller Malterud (2003:150) det når forskere bruker forforståelsen til å tolke hendelser og lukker for overraskelser. Jeg prøvde å være sensitiv i forhold min feltblindhet, og flere forhold hjalp meg i dette. For det første vekslet feltarbeidet mellom to sykehus, dernest var fire profesjoner involvert. Et tredje poeng er studentenes møte med det nye i praksisfeltet hjalp meg til å oppdage hendelser og sammenhenger. Studentene var også observatører ved posten. Selv om de var studenter og jeg var forsker, var vi deltakende observatører. Vi var der for å oppdage og utvikle kunnskaper, men med ulike formål. De skulle bli profesjonelle og jeg forske. Mine samtaler med ansatte underveis ga også opphav til undring. Feltarbeidet var bredt anlagt og nettopp det å følge samhandling i og utenom tverr- og en-profesjonelle møtefora, i pasientarbeid og deltakernes bruk av felles redskap, var positivt for min åpenhet.

I sykehus blir det brukt flere måter å dokumentere, formidle og lagre data om sykdoms- og behandlingsforløp. Når en undersøker samhandling i organisasjoner, kan en ikke unnlate å trekke inn hvordan fysiske redskap som skjema og dokumenter er del av og betyr noe for daglig handling (Atkinson & Coffey 2004; Hammersley & Atkinson 1996:121; Mik-Meyer 2005:199; Prior 2004). I forkant var jeg innstilt på å fokusere på redskap som ble brukt for å koordinere profesjonenes arbeid. Mer enn jeg hadde tenkt, rettet jeg fokus på hvordan PC inngikk i samhandling og meningsdannelse. For å kunne belyse interaksjonen i og utenfor møtefora var det nødvendig å utforske hvordan felles skjema og elektronisk journal ble brukt i daglig arbeid. Bruken av PC gjorde praksis noe ulik ved sykehusene. Forskjellen bidro til mer

sammenlikning av postenes praksiser enn jeg først hadde tenkt. Jeg snakket med ansatte og studenter om hva de oppsøkte, leste og skrev hvor samt hva dette betød for praksis. Dette var også tema i intervjuene og veiledersamtalene. Jeg prøvde å følge med hvordan andre fysiske redskap ble brukt i samhandlingen. Dette var krevende. I tillegg til felles redskap som skjema, pasientliste og kurvebok, hadde hver profesjon sine dokumentasjonsmåter og skjema. Jeg var klar over dette i forkant. Derfor prøvde jeg å merke meg om og hvordan slike redskap ble brukt i profesjonenes samhandling. Jeg valgte bort dokumentasjon til/fra andre deler i og utenfor sykehuset. Fokus var at dokument og dokumentasjon har en sosial og ikke bare en teknisk koordinerende funksjon (Mik-Meyer 2005; Tietze, Musson & Cohen 2003).

I løpet av feltarbeidet utviklet det seg noen spørsmål om hvordan studentene erfarte å delta i postens praksiser. En av de siste dagene de var der, samtale jeg med den enkelte student. Dette var et fokusert mini-intervju (Kvale & Brinkmann 2009). Vi fant et skjermet sted som pauserommet eller balkongen. Jeg noterte stikkord og fylte inn detaljer straks studenten var gått. Studenten beskrev kort sitt hovedinntrykk fra praksisperioden. Jeg spurte hva de ville gjort annerledes hvis de var halvveis i praksisperioden, hva de mente andre profesjoner kunne lære fra studenten, og hva de selv hadde lært fra andre profesjoner. Hensikten var å få et overordnet inntrykk av studentens erfaring fra stedet og innspill til å utvikle intervjuguiden. Denne fokuserte samtale ble en navigasjonshjelp i min videre analyse- og tolkningsprosess. Mini-intervjuet ble nyttig i mine konkrete forberedelser til hvert intervju og veiledersamtale. Dessuten markerte samtalen en avrunding av vår relasjon ved posten.

3.3.2 Fokusgruppesamtalene med veilederne

Fokusgruppesamtaler er en forskningsmetode der materialet blir til i gruppeinteraksjon rundt tema som forskeren har valgt. Til forskjell fra intervju med en person gir metoden mulighet for innblikk i sosial interaksjon (Morgan 1997:6). Fokusgruppe er en konstruert situasjon der forskere kan observere samhandling, mer enn et redskap for å hente materiale om individuelle tanker, følelser og opplevelser (Morgan 1997; Hollander 2004). Det vil si at forskeren får tilgang til handling og samhandling og ikke bare beskrivelser om handling. Både observasjon og fokusgruppesamtale er fortellinger i handling, og gjør at materialet er del av interaksjonen i en sosial, gjenkjennelig kontekst rundt forskeren (Halkier 2002). Jeg valgte å bruke fokusgruppesamtale for å få innsikt i veiledernes erfaring og forståelse av sin og postens virksomhet og praksis knyttet til studenters læring. En hensikt var å få et blikk inn i deres

samhandling i en annen setting enn ved posten. Metoden kunne få frem og tydeliggjøre underforståtte sider ved praksis, som jeg ikke helt oppdaget i feltarbeidet og i intervjuene.

Litteratur om fokusgrupper vier mye oppmerksomhet på gruppens sammensetning (Barbour & Kitzinger 1999; Halkier 2002; Hollander 2004; Morgan 1997). I min studie var studentenes veiledere aktuelle gruppedeltakere. Gruppens sammensetning ved Lien ble gitt ut fra hvem som veiledet studentene. En ergoterapeut, en fysioterapeut og en sykepleier deltok og gjorde det enkelt å avtale møtetidspunktet. Ved Ringen deltok åtte veiledere. Jeg overveiet om en lege skulle inviteres med eller ikke, fordi leger ofte tillegges høy status. Slik ulikhet kan hemme dynamikken i gruppeinteraksjon (ibid.). I ulike tverrfaglige møtefora ved Studenttett post hadde jeg merket at stemningen var god, og at deltakerne var direkte overfor hverandre. Overlegen hadde ansvar for legestudentene, og jeg fant ingen grunn til å utelukke ham fra fokusgruppen. Derfor inviterte jeg sosionomstudentens veileder som også var del av veiledergruppen. Vi fant et tidspunkt som passet for alle. Dessverre gjorde en akutt situasjon at overlegen og to sykepleiere ikke kunne forlate posten. Dette gjør at fokusgruppens deltakere har ganske likeverdige utdanninger. Veilederne fylte inn bakgrunnsopplysninger i et skjema (vedlegg 5), og disse er fremstilt i tabell i 3.2.3. Jeg oppbevarte skjemaene nedlåst og adskilt fra materialet. For å få diskusjoner til å flyte i fokusgrupper, kan det være en fordel at deltakernes bakgrunn er nokså homogen (ibid.). Størst forskjell er det i deltakernes alder og veiledererfaring. Lengst veiledererfaring hadde sosionomen, en av sykepleierne samt en av fysio- og ergoterapeutene ved Ringen og fysioterapeuten ved Lien. De eldste var en fysioterapeut og sosionomen ved Ringen. En mannlig sykepleier deltok ved Ringen. I grupper hvor deltakerne kjenner hverandre, kan samhandlingen preges av deltakernes styrkeforhold, og det vil påvirke hva som blir sagt (Baker & Hinton 1999). For mitt prosjekt var det interessant å få frem deltakernes innbyrdes forhold i fokusgruppesamtalen.

3.3.2.1 Tema i fokusgruppesamtalene

Samtalens fokus er mer fra forskerens enn fra gruppedeltakernes forforståelse. Temavalg skjer ved forskerens spørsmål og konkrete innspill som kan være utsagn, bilder eller gjenstander (Halkier 2002). Fokusgruppesamtalen fant sted i forlengelsen av feltarbeidet ved posten. Jeg utarbeidet samtaleguiden (vedlegg 7) ut ifra den innsikt jeg da hadde, og de analyser jeg hadde gjort underveis i feltarbeidet (3.4.1). Jeg prøvde å få til diskusjon om de samme temaene begge steder, samtidig som jeg tok utgangspunkt i feltarbeidet ved praksisstedet.

Fokus i samtalen var veiledernes oppfatning knyttet til studentenes praksisstudier og læring ved postene. Sentralt var veiledernes erfaringer og utfordringer med å veilede studenter. Dette åpnet for å ta opp både rammer, redskap og ressurser for hvordan de tilrettela for læring, og veiledernes samarbeid og kjennskap til hverandres aktivitet og kunnskaper. Et fokus var knyttet til pasientbehandling og profesjonenes bidrag og samhandling. Jeg prøvde å få frem veiledernes oppfatning av hva studentene kunne lære ved posten, og hva som kjennetegnet postens virksomhet og praksis. I veiledersamtalene var aktiviteten høy. Dette kan være uttrykk for at deltakerne fant temaene interessante (Wibeck 2000).

3.3.2.2 Gjennomføring av fokusgruppesamtalene

Samtalen med veilederne ble gjennomført etter at jeg hadde avsluttet feltarbeidet, og etter studentenes praksisperioder ved posten. Veilederne ved Ringen og jeg møttes et par dager etter at studentene var sluttet og før jeg hadde intervjuet noen studenter. Før veiledersamtalen ved Lien hadde jeg intervjuet studentene fra Ringen og halvparten av studentene ved Lien. Veiledersamtalen varte i nesten to timer ved Ringen og én time ved Lien. Forskjellen i varighet er knyttet til at gruppen ved Lien var under halvparten så stor. Begge samtaler ble tatt opp med en digital lydopptaker. Senere skrev jeg ut lydfilene.

Samtaler fant sted i en annen etasje og i et møterom som deltakerne ikke pleide å bruke. Ved Ringen fordelte vi oss i tilfeldig rekkefølge rundt et kvadratisk bord. Jeg satt nesten midt på en av sidene. Ved Lien satt de tre deltakerne rundt bordenden. Jeg satt vendt litt skrått mot dem og ved siden av ergoterapeuten. Under samtalene lå en digital opptaker midt på bordet. Mine spørsmål lå på bordet foran meg og i fanget lå notatblokk og penn. Jeg tok rollen som gruppens moderator, og skulle både lede samtalen og observere. Kanskje er det mer presist å snakke om fokusert gruppesamtale enn fokusgruppe i rendyrket form (Halkier 2002; Wibeck 2000). Deltakerne kjente både meg og prosjektet fra jeg var observatør ved posten. Det er å vente at denne kjennskap var en del av deres deltakelse i samtalen. Jeg strukturerte samtalen slik at vi dekket omtrent de samme tema i gruppene. Samtidig var det et poeng å la samtalen flyte for å følge deres samhandling. Sentralt i fokusgruppesamtaler er den sosiale dynamikk i gruppesituasjonen, som ofte er mer kompleks enn erkjent (Hollander 2004; Hydén & Bülow 2003). Fokusgruppen er ikke å betrakte som et datalager som forskere får tilgang til ved hjelp møteleders innspill. Kvaliteten i materialet avhenger av at deltakere opplever at gruppen er trygg, så de kan være åpne og uenige. Hollander (2004) forstår fokusgruppen som en mosaikk

av historier, erfaring, motivasjon og interesser, som kan være motsetningsfylte. Dette betyr at materialet ikke kan løsrives fra den sosiale sammenheng der det er frembrakt. Bruk av fokusgrupper fordrer nyansert innsikt i konteksten i planlegging og gjennomføring (ibid.).

I samtalen hadde jeg god nytte av mitt kjennskap til postene og at vi kjente hverandre fra feltarbeidet. Veiledere var vant til å samtale om felles pasienter og til å samhandle i tverrfaglige fora. Ved Studenttett post deltok de også i tverrfaglige personalmøter, og de snakket sammen om oppfølging av studenter. Fokusgruppen kan forstås som en annen setting for å observere samhandling enn i feltet. Dette gjaldt i størst grad ved Lien, der deltakerne satt sammen for første gang i kraft av å være veiledere. Ellers møttes de som profesjonelle som hadde felles pasienter. Fokusgruppesamtalene ga innblikk i hvordan de samhandlet om å beskrive, forstå og forstod sin, profesjonens og felles praksis ved posten.

Det er ingen garanti for at det som kommer frem i fokusgruppesamtaler blir behandlet konfidensielt. Dette pekte jeg på i innledningen, og ba om at det som kom opp i samtalen forble i gruppen. Jeg presiserte at jeg ville skrive ut samtalen og sørge for at utskriften var avidentifisert. Utdfordringer med å lede fokusgrupper er å utforme spørsmål som gjør at samtalen flyter lett og å håndtere gruppedynamikken (Morgan 1997:48). Jeg innledet med å si at jeg håpet at de diskuterte mest mulig seg imellom, og at jeg kunne styre ordet ved behov. Videre at det ikke var et mål at de ble enige, men at jeg ønsket at samtalen fikk frem flere og gjerne ulike synspunkt og erfaringer. Av hensyn til dynamikken i fokusgrupper er det en fordel om åpningsspørsmålet får alle deltakerne til å si noe (Morgan 1997:49). Studentene var akkurat ferdige med praksisperioden. Derfor valgte jeg å starte med hva veilederne mente var det viktigste studentene hadde med seg fra praksisstedet. Dette spørsmål fikk samtalen i gang.

For den som leder fokusgrupper, er det et poeng å prøve ut om gruppen er så samstemte som den lett kan gi inntrykk av (Wibeck 2000). Det er mulig at deltakernes kjennskap til prosjektet også påvirket gruppen i retning av konsensus. Når jeg leser utskriftene, ser jeg at jeg av og til prøvde meg på å sammenfatte og gjenta utsagn for å få andre i tale og fremme diskusjon. Kanskje kunne jeg fått frem andre synspunkt, hvis jeg hadde vært mer provoserende. Siden deltakerne arbeidet samme sted, er det ikke å forvente at kontroversielle forhold ville bli tatt frem og gjort eksplisitte. Likevel var det forskjell mellom gruppene. Deltakerne ved Ringen var ganske direkte, og de trakk inn episoder der de var uenige. Ved Lien opplevde jeg at

gruppedeltakerne ikke var trygge nok til dette. Men de berørte enkelte forhold som de ikke var helt tilfredse med. Et eksempel var at møteleder i Tverrfaglig møte gjorde det vanskelig å nå frem med alternativ. Måten gruppene omtalte postens profesjoner var også ulik. Ved Ringen brukte deltakerne *vi* og *oss* om veilederne som en gruppe uavhengig av profesjon. De snakket om studenter uten alltid å skille mellom profesjon. Ved Lien snakket hver deltaker om seg som veileder. De brukte *vi* om sin profesjon, og de omtalte profesjonens studenter. Samhandlingen i fokusgruppene speilet på mange måter praksis slik jeg hadde observert denne i hverdagen ved postene. For meg var det ganske lett å styre ordet, da deltakerne var vant til å være i møter der flere stemmer ble hørt. Feltarbeidet og fokusgruppene kan slik sies å styrke hverandres pålitelighet (Halkier 2002:18).

3.3.3. Intervju med studentene

I dette avsnittet beskriver jeg hvordan intervjuene med studentene ble planlagt og gjennomført for å vise hvordan materialet ble til i disse samtalen. I intervju produseres data om hvordan personer opplever og forstår hendelser, handling og samhandling som de har deltatt i eller er blitt fortalt (Kvale & Brinkmann 2009). Intervjueren og den intervjuede skaper sammen materialet og gjør intervju til aktive samhandlings- og meningsskapende prosesser (Holstein & Gubrium 2003:68). I dette samspillet blir innsikt og mening utviklet. Atkinson og Coffey (2003:119) mener at fortellinger som blir til i intervju, også er å forstå som en type handling. Intervju er ikke å ligne med å hente ut data, fortelling og kunnskaper. Materialet er produkt av samhandling, ledet av forskerens spørsmål og intervjuets hensikt (Kvale & Brinkmann 2009).

Jeg vurderte å bruke fokusgruppe også med studentene. Som lærer har jeg erfart at en og to studenter kan dominere gruppen. Jeg valgte en individuell samtale fordi jeg antok at det ville bli en mer fortrolig situasjon. Intervju er også en situasjon der makten er ujevnt fordelt, og der forskeren kan styre innhold og form (Briggs 2003:248; Kvale & Brinkmann 2009a:52).

Formålet med studentintervjuene var å utvikle kunnskaper om deres erfaring fra praksisstedet, og å utforske hva studentenes deltakelse i praksis betød i deres utvikling av kunnskaper og fremtidig profesjonalitet. Intervjuet ga meg mulighet til sammen med studenten å utforske postens praksis som vi begge hadde deltatt i. Observasjonene, fokusgruppesamtalene og intervjuene bidrar sammen til mine fortolkninger av postens praksiser i det komplekse bildet som studenters læring er. Intervjuguidens funksjon er å fokusere på utvalgte tema (Kvale & Brinkmann 2009). Problemstilling og underspørsmål (kap.1.2) ga retning og var innfallsvinkel

til valg av tema. Jeg utviklet intervjuguide i forlengelse av feltarbeidet og arbeidet med feltnotater samt transkribering av fokusgruppesamtalen ved Ringen. Intervjuguiden peker derfor tilbake på min innledende tematisering, antakelser og spørsmål (vedlegg 8). Teoretiske perspektiv inspirerte meg og bidro i utforming av overordnede tema og spørsmål.

Intervjuguiden har ti tema:

Innledning - Samhandling – Deltakelse - Virksomhet - Tverrprofesjonalitet (om, med og fra hverandre) – Tingliggjøring (muntlig og skriftlig) – Kunnskapsutfordring og -utvikling - Profesjonsuttrykk - Fremtidig yrkesutøver – Avslutning.

Under hvert tema skrev jeg opp setninger og spørsmål som var mine bindeledd mellom de faktiske spørsmål som jeg stilte og prosjektets problemstilling og underspørsmål.

Bakgrunnsinformasjon som alder, tidligere utdanning og yrkeserfaring skrev studentene inn i et skjema (vedlegg 9). Disse skjemaene ble oppbevart nedlåst og adskilt fra materialet.

3.3.3.1 Møtested og rammer for intervjuene

Før intervjuet tenkte jeg over hvordan fysiske forhold kunne gi en god ramme for samtalen.

En av de siste dagene studentene var ved praksisstedet, ble vi enige om at jeg sendte dem en e-post for å avtale intervjuet. Som svar på e-posten foreslo studenten tidspunkt og møtested for intervjuet. Jeg valgte bort mitt lærerkontor som møtested, for ikke å forsterke et student-lærerforhold. Videre tenkte jeg at intervjuet ikke skulle være i en tredje parts lokaler som det var da vi møttes i feltarbeidet. Studentene ble oppfordret til å velge møtested, men de fleste ønsket at jeg fant et rom ved høyskolen. En ergoterapeut- og sykepleierstudent intervjuet jeg på deres siste dag i praksis. Vi lånte et møterom ved sykehuset, der ingen av oss hadde vært. Legestudentene ønsket å spare tid, så jeg dro dit hvor de var til daglig. Disse intervjuene var henholdsvis i et grupperom og et kontor. De øvrige elleve studentene og jeg møttes ved høyskolen. Her brukte jeg tre møterom med bokhyller, bilder og mulighet for å lage kaffe. Innredningen i møterommene skilte seg fra sykehusets lokaler.

For å kunne snakke uforstyrret låste vi døren, og jeg hengte opp et oppslag om at opptak pågikk. Vi slo av mobiltelefonene. Under to intervju opplevde vi ytre forstyrrelser. En gang ble det boret i veggen rett ved, den andre gangen var det flytrafikk. Støyen ble kommentert, men vi fortsatte samtalen. I avspillingen skapte heller ikke støyen problem. I to intervju ble det en pause fordi jeg skiftet batterier i opptakeren. Min opplevelse var at samtalen fortsatte der de slapp før pausen. Under samtalen satt vi litt skrått overfor hverandre på hver vår side

av et bordhjørne. Jeg lot studenten sitte mest mulig med ryggen til vinduene. Tanken var at de ble minst mulig forstyrret av ytre forhold. Intervjuguiden lå på bordet foran meg og i fanget hadde jeg penn og blokk. På bordet sto litt frukt, snop og drikke. Jeg viste studenten utskriften av feltnotatene fra posten og lot denne ligge på en stol. På bordet mellom oss lå en liten digital opptaker. Jeg gjorde oppmerksom på når jeg skrudde denne på og av. Mange ga spontant uttrykk for at de glemte at samtalen ble tatt opp, da jeg skrudde av opptakeren.

3.3.3.2 Forberedelser til intervjuene

Intervjuene ble gjort etter studenten var ferdig med praksisstudiet og feltarbeidet var avsluttet. Det vil si at jeg først intervjuet studenter ved Ringen og deretter ved Lien. Jeg bestemte meg for å intervju studentene i en rekkefølge slik at det vekslet mellom profesjonsutdanningene. Tanken var at jeg kunne følge opp eventuelle innspill og innsikter i samtaler med studenter fra andre profesjoner. Videre at denne vekslingen var en hjelp så jeg ikke uten videre tok ting for gitt. Før intervjuene leste jeg feltnotater, fokusgruppesamtalen og informasjon om posten. Før hvert intervju gikk jeg gjennom feltnotatene og merket meg hendelser der studenten hadde vært til stede. Jeg leste gjennom samtalen vi hadde hatt den siste dagen de var ved posten. I den grad jeg hadde studentens læringsmål, så jeg gjennom disse. For å bidra til at studenten tonet seg litt inn på tema i intervjuet, sendte jeg en enslydende e-post i forkant av vårt møte.

Det at intervjuet ble gjennomført etter avsluttet feltarbeid, gjorde at alle studenter var i/hadde vært i en praksisperiode i tillegg til den der feltarbeidet var. Dette valget gjorde jeg fordi jeg ønsket at studentene hadde noe avstand til inntrykkene fra Lien/Ringen, og fordi jeg ikke var ute etter en type evaluering. Hovedfokus for samtalen var å få frem erfaringer fra praksisstedet og hvordan deltakelse i postens praksiser bidro i studentens forståelse og læring. Erfaring fra andre praksissteder er en hjelp for studenter for å få frem erfaring og trekk ved den aktuelle praksis (Dreier 1999:94). Dette åpnet for å skape mening om hvordan forventning, innsikt og kunnskaper utviklet ved Ringen/Lien passet inn i praksis andre steder. En mulig kritikk av å ikke gjøre intervjuet straks etter praksisperioden, er at studenten da glemmer praksisperioden ved Ringen/Lien. Samtidig forsvinner ikke forhold som gjør en forskjell for å kunne forstå og handle, det vil si erfaring som betyr noe for studenten (Dreier 1999:91). I intervjusituasjonen var et poeng refleksjon over hendelser og erfaringer, ikke å gjengi hva som skjedde. I tillegg til at studentene hadde flere typer praksiserfaring, ga tidsrommet meg anledning til å bli mer kjent med data fra feltarbeidet og

fokusgruppesamtalen før intervjuene. Sammen med prosjektets spørsmål og teoretiske perspektiv bidro dette til tema og struktur i intervjuguiden.

3.3.3.3 Gjennomføring av intervjuene

I omtalen av idealintervju vektlegger Kvale og Brinkmann (2009a:175) at intervjuet blir tolket underveis, og at tolkning av svar blir forsøkt verifisert i samtalen. Videre at intervjuet er en fortelling som krever lite kommentarer og forklaring. Kvaliteten i intervjuet viser seg i om svarene er spontane, innholdsrike, spesifikke og relevante. Dette er knyttet til at spørsmålene er korte og svarene er lange. I et godt intervju følger intervjueren opp med utdypende spørsmål og klargjør betydninger i svarene (ibid.). Her beskriver jeg hvordan studentintervjuene forløp. Jeg intervjuet i alt 15 studenter: to ergoterapeut-, to fysioterapeut-, to lege- og tre sykepleierstudenter med praksisstudier ved Ringen samt to ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudenter med praksisstudier ved Lien. Intervjuene ble tatt opp med en digital lydopptaker, og senere skrev jeg ut lydfilene. Samtalene varte fra 1 time og 10 minutter til 1 time og 50 minutter. Da de ble skrevet ut var de fra 20 til 35 sider.

Intervjuet var semistrukturert og ble tematisk styrt av intervjuguiden, uten at jeg fulgte den slavisk. Intervjuet var fokuserte i den forstand at det handlet om hendelser som begge parter hadde erfart (Kvale & Brinkmann 2009) ved praksisstedet. Intervju er i dag forstått som en aktiv samhandling der innsikt og kunnskap blir dannet (Gubrium & Holstein 2003; Kvale & Brinkmann 2009). Det vil si at samspillet i intervjuet har betydning for meningen i det som blir sagt, og som jeg prøvde å få frem. I starten av intervjuet sa jeg litt om at jeg ønsket «*å kaste litt ball*» om erfaringer fra praksisfeltet og temaene som jeg tok opp. Studentene sa at de regnet med at jeg hadde spørsmål som de skulle svare på. Vi hadde litt ulike forventninger til samtalen. Jeg opplevde at utfordringen var å få til dynamikk som fremmet meningsdannelse i intervjusituasjonen. Det vil si at intervjuet har et mer diskuterende preg (Gubrium & Holstein 2003), der både student og jeg var aktive om å skape innsikt i betydninger og sammenhenger fra praksisstedet. I tillegg til våre noe ulike forventninger, var forholdet også asymmetrisk: informantene var studenter, mange tiår yngre enn meg og hadde kort erfaring fra praksisfeltet. Studentene fra andre profesjoner hadde kunnskaper som kunne styrke deres posisjon i forhold til min. Dette mener jeg likevel betød lite i situasjonen, da samtalen i liten grad dreiet seg om en type fakta- og påstandskunnskap. En fysioterapeutstudent opplevde det litt vanskelig å bli utfordret på om hun måtte gå ut over sin kompetanse, og utbrøt «*men Hanne da*» før hun

beskrev erfaringer fra pasientarbeidet. Dette speiler at studentene var ganske direkte selv når de plasserte meg i en lærerposisjon. Flere delte med meg forhold som de opplevde var vanskelig i praksisperioden. Dette var forhold som jeg ikke erkjente fullt ut i feltarbeidet. De fortalte eksempelvis om usikkerhet og manglende inkludering. En beskrev hvordan hun ble uvel i møte med sykdom, og en annen om møte med døende. Denne type innsikt påvirket min tolkning av andre deler av materialet. Fra posten var de vant til at jeg var i nærheten, deltok i småprat og fulgte dem når de samtalte med hverandre, ansatte, veileder og pasienter. Dette er forhold som jeg mener er avgjørende for kvaliteten i mitt intervjumateriale.

Innledningen i intervju kan ha stor betydning for utvikling av samhandlingen (Kvale & Brinkmann 2009a:141). Jeg ønsket at studentene skulle oppleve at de lett kunne tone seg inn og bidra. Jeg har erfart at i intervju er det fruktbart at informanten starter med en liten fortelling eller beskrivelse. Dette gir noe konkret og stikkord som jeg senere i samtalen kan ta frem for å få inn eller gå dypere i tema. Så et par dager før intervjuet, sendte jeg e-post til studenten, der jeg minnet om tid og sted samt noen linjer ment som hjelp til å tone seg inn:

«Fint om du tenker litt tilbake på forrige praksisperiode. Hva var det du hadde med deg derifra inn på det nye stedet. Kanskje har du noen tema du synes er viktige å ta opp knyttet til læring, bruk av kunnskap, oppgaver, forpliktelse og samhandling på tvers av profesjonsgrensene».

Da vi startet intervjuet, viste jeg til e-posten og spurte hva de hadde med seg fra praksisstedet. Studentene fortalte på ulike måter om hva de kunne/ikke kunne videreføre, om forventningene til hva som ville være likt og forskjellig eller var overraskende. Dette ga meg anledning til å be dem konkretisere, eksemplifisere eller at jeg bidro med noe som jeg hadde merket meg. Eksempelvis sa noen at de fikk prøvd teori i praksis eller brukte ord som ansvar, trygghet og selvstendighet. Dette var eksempler og ord som jeg kunne ta inn i samtalen senere.

Innledningen gjorde at samtalen gikk i noe ulike retninger. Derfor fulgte jeg ikke helt intervjuguiden. Mine spørsmål ble stilt ulikt dels utfra hvor vi var i samtalen, dels ut fra hvordan studenten formulerte seg. Noen tok selv opp noen tema i intervjuguiden slik at jeg mer fulgte opp deres innspill. Jeg kunne også følge opp forhold som andre studenter hadde tatt opp i intervjuet. Jeg brukte utskriften fra mini-intervjuet ved praksisperiodens slutt som utgangspunkt for å trekke inn tema og bringe samtalen fremover ved å gjenta hva studenten hadde sagt den gang. Underveis skrev jeg ned enkelte stikkord som hjelp til å huske forhold som jeg ville komme tilbake til. Av og til sjekket jeg intervjuguiden for se hvilke tema som vi hadde berørt. Det er mulig at studentene opplevde dette som brudd. Men et kjennetegn ved

forskningsintervju er at forskeren strukturer og kontrollerer samtalen for å belyse utvalgte tema til forskjell fra dagligdags konversasjon (Kvale & Brinkmann 2009a:21). Senere i lytting til og i transkribering av intervjuene ser jeg at jeg skriver tema. Det ser ut til at studentene følger disse skiftene. Dette kan henge sammen med at de så meg som lærer, og deres forventning om at jeg skulle stille spørsmål og styre samtalen.

Jeg erfarte at samtalene fløt lett, og at tiden gikk fort. Videre opplevde jeg at studentene var åpne for å dele erfaringer fra og refleksjoner over praksisperioden. Vi fant raskt tilbake til tonen fra da vi var ved sykehuset. Jeg prøvde å tone meg inn ved å følge deres ordvalg og formuleringsmåte. Når jeg leser utskriftene, ser jeg at vi begge brukte samme uttrykk ofte i et intervju, mens i et annet forekom andre uttrykk oftere. Selv om dette var forskningsintervju, hadde jeg i situasjonen nytte av min erfaring fra å intervju kolleger, studenter og pasienter. Jeg prøvde å balansere mellom å lytte, spørre, støtte, utfordre og la meg overraske. Likevel var utfordringen å fremme et aktivt samspill der jeg kunne prøve ut forståelse og tolkninger underveis slik metodelitteraturen fremhever (Holstein & Gubrium 2003:73; Kvale & Brinkmann 2009). Jeg anstrengte meg for å være bevisst på asymmetrien i relasjonen som fulgte av alder og særlig student – lærer/forsker forholdet. Dette kan ha gjort meg noe tilbakeholdende, så jeg ikke utfordret studentene tilstrekkelig. Jeg prøvde å få dem til å presisere hva de mente med ord som *alle*, *vi* og *de*. Her er et eksempel på en slik utsjekking:

Mette-Ss Alle vi var der på lik linje alle sammen og (hm) alle var opptatt av at alle skulle lære og (hm) gjøre sine ting, men i fellesskap på en måte. Det var rom for alle, det synes jeg.
Hanne Når du sier alle nå, er det sykepleierne du snakker om eller alle?
Mette-Ss Nei, nå snakker jeg om alle, ja.

En slik utsjekking av mening kan senere ha betydning i analysene (Kvale & Brinkmann 2009). Akkurat her bidro utsjekkingen i min tolkning av tilhørighet og fellesskap ved posten. Jeg brukte også intervjuene til å ta opp forhold fra feltnotatene, og som mulighet for å prøve ut min første tolkning av disse. I dette eksemplet snakket studenten om tverrfaglig morgenmøte, og jeg prøvde ut betydningen som jeg tilla dette fora:

Hanne Ja, for jeg oppfattet at på morgenmøtet så var det slik at dere spurte hverandre om ting dere lurte på?
Anne-Es Ja, hvis det var ukjente begreper som dukket opp. Så var det en måte å spørre hverandre, 'hva er det for noe?'. Hvis de lurte på hvordan på kognitive testing forgikk så kunne vi svare

På en måte informerte intervjuene og feltnotatene hverandre og bidro til kvaliteten i materialet. Fangen (2004:141) hevder at en kombinasjon av handlings- og forståelsesdata en hjelp til å validere materialet. Samtidig er intervjuet en samhandlingssituasjon der vi sammen

kunne gi mening til erfaringene fra praksisstedet. Atkinson og Coffey (2003:109) forstår tale som handling og mener at både observasjon og intervju kan få frem delt forståelse av virkelighet. I eksemplet over samstemte studentens og min oppfatning fra feltarbeidet.

Illustrasjonen over kan også brukes til å kritisere min bruk av ledende spørsmål ... *var det slik at*. Kvale og Brinkmann (2009a:182) mener at ledende spørsmål har sin plass i intervju, og er en måte å styrke påliteligheten i materialet fra intervjuet. Ledende spørsmål kan også få frem forhold som den intervjuede ikke så lett snakker om ellers. Av og til merket jeg at studenten stoppet litt eller brukte litt forsiktige i formuleringer. Da var det en hjelp å gjenta uttrykk, flette inn et mer ledende spørsmål eller spørre om en utdypning, som i eksemplet under der sykepleierstudenten er kritisk til legenes måte å informere pasienter:

Hanne *Så du noen gang hvordan legene gjorde det? Hvordan de informerte og forklarte pasienten?*
Mette-Ss *Ja. Det legger man jo merke til.*
Hanne *Var det nyttig å se på?*
Mette-Ss *... Det er det jo absolutt. (Mette småler). Men kanskje. Jo, det er det.*
Hanne *Si litt mer om det da?*
Mette-Ss *Nei, jeg tenker litt at noen ganger kan det bli litt at man tenker. De unnlater noen ganger å si ting helt som de er, og vrir seg litt unna. Så man tenker kanskje at slik skal man hvert fall ikke være (mm). Men samtidig så har ikke vi lov. Det er en del ting som legen skal si. Men da er det å bli trygg, og ha så mye kunnskap at du en gang kan si til en lege at nå synes jeg du skal si til det mennesket at slik er det. Jeg synes noen leger er flinke, men er litt svevende*

Illustrasjonen viser hvor lett det var å gå videre når studenten sa seg enig, som at det var nyttig å se legens kommunikasjon. Kanskje var det studentens latter som førte til at jeg ba henne si litt mer. Utdypninger kunne få frem andre ting, som lege-sykepleier relasjonen i dette eksempel. Et annet poeng er mitt *mm* som kan tolkes som støtte til erkjennelsen av hvordan hun ønsket å være overfor pasienter. Jeg vet ikke om min støtte gjorde at Mette fortsatte å beskrive sin fremtidige praksis. Poenget her er å vise noen sider ved hvordan mening ble til i intervjuet.

Mot avslutningen av intervjuet inviterte jeg studentene til å ta opp ting som de ønsket, enten noe hadde dukket opp i samtalen eller noe de hadde tenkt på i forkant. Videre var vi innom hvordan det hadde vært å samtale om praksisperioden, og om intervjuet hadde fått dem til å tenke over noe. Samtlige syntes at det var fint å «*snakke om /reflektere/tenke tilbake*». Få ga uttrykk for at de så annerledes på sin erfaring fra praksisstedet. Enkelte kommenterte at en slik samtale sammen kunne vært nyttig da de var ved posten, og gjerne sammen med de andre profesjonene. Et konkret forslag var at de kunne diskutere profesjonenes oppgave- og ansvarsfordeling, som studenten i ettertid mente var delvis underforstått ved praksisstedet.

3.4 Arbeid med feltnotater, transkribering og analyser

I dette avsnittet beskriver jeg først hvordan jeg arbeidet med å skrive feltnotatene og innledende analyser av disse. Videre hvordan jeg transkriberte materialet fra intervjuene og fokusgruppesamtalene. Her viser jeg også hvordan jeg fremstiller sitat og utsnitt fra empirien i avhandlingen. Deretter beskriver jeg den videre analyseprosessen.

3.4.1 Feltnotatene og innledende analyse

Feltnotater er en rekonstruksjon av hva forskeren har erfart i feltarbeidet (Atkinson & Coffey 2003; Emerson et al. 1995 :66). I arbeidet med feltnotatene gjenskapte jeg hendelser og praksis i postene ved å produsere tekst. Notatene bygger på utsnitt av virkeligheten. Det vil si de hendelser og inntrykk som jeg fanget opp, noterte og husket fra feltet. Forskerens måte å fremstille materialet ved å løfte frem enkelte hendelser og utsagn, vil prege feltnotat (Emerson et al.1995:67). Hverken feltnotat eller presentasjon av resultat kan være objektive, nøytrale og gjengi virkeligheten (Nielsen 1995). Selv feltnotater som skrives utfra videoopptak innebærer omforming der hendelser gjengis og forstås i bestemte perspektiv (Atkinson & Coffey 2003).

Når jeg var ved posten, noterte jeg i små notisbøker. I alt fylte jeg ut 25 notisbøker av 32 sider. Jeg skrev ikke navn, men anga profesjon med bokstaver (E, FT, L, S, Sos, L) og et tall for person. Etter profesjonens initial skrev jeg *s* for student, *o* for leder og *t* for turnuslege. Dette er vist i tabellene over informanter i avsnitt 3.2.3. All omtale av pasienter er nedtegnet uten identifiserbar informasjon. Å skape mening av hva som skjer når helsepersonell samhandler, forutsetter kjennskap til medisinske begrep og sjargong. Min profesjonsbakgrunn og arbeidserfaring fra helsetjenesten er avgjørende for materialet som ble til i feltarbeidet. For å notere mest mulig brukte jeg mange forkortelser for det jeg så, hørte og registrerte. Jeg prøvde også å notere ting jeg undret over og ønsket å følge opp. En utfordring i møter var å få med både det som ble sagt og ikke-verbale uttrykk. Jeg brukte understrekning, parentes, piler, smilefjes, utrops-, spørsmåls- og anførselstegn når noen snakket. Så fort det lot seg gjøre fylte jeg ut feltnotatene. Særlig rask var jeg til å skrive notater etter spesielle hendelser og etter mine samtaler med studenter og veiledere. Slike korte samtaler om hendelser kan forstås som korte, uformelle intervju (Fangen 2004:140). For eksempel snakket jeg med studenter om erfaringer fra å se andre samhandle med pasienten, vurderinger, begrunnelse og hva de leste om pasienter og hvordan de brukte og forsto det de leste.

Notatene i notisbøkene ble skrevet inn i PC og utgjør omtrent 370 sider. Alt materiale er avidentifisert. Hendelser fra en dag ble delt inn ut fra hvor de fant sted eller møtefora. Jeg anga for eksempel vaktrom, korridor, kjøkken, pasientrom, legekontor og treningsrom. Jeg brukte postens navn på fora som tverrfaglig møte, tverrfaglig morgenmøte, previsitt, rapport, legevisitt og veiledningsmøte. Deltakernes plassering i tverrfaglige fora førte jeg inn. Siden de stort sett plasserte seg på samme måte, gikk jeg over til å føre opp avvik fra det vante. Etter hvert noterte jeg også bare når andre redskap ble brukt eller når bruken ikke var som ellers.

I denne første gruppering av materialet brukte jeg to kolonner. En bred venstre kolonne for hva jeg hadde sett og hørt. Her beskrev jeg hendelser og gjenga tale så nøyaktig som mulig. Det kunne være sekvenser fra møter, samtaler, observasjon av aktivitet, bruk av redskap og pasientarbeid. Samme kode ble brukt for aktørene som i notisboken. I den grad jeg hadde data, tok jeg med reaksjoner som latter, smil og uteblitt svar, høy/lav stemme. Når jeg selv hadde tatt initiativ, gjenga jeg mitt spørsmål. Hendelser som gikk forut for samtalen anga jeg også. For eksempel når jeg lurte på hva og hvordan noe var oppfattet. Det kunne være noe vi hadde hørt, sett eller vært med på sammen. Det kunne være noe studenten hadde vært med i uten at jeg var tilstede, eller at de viste og beskrev hvordan de brukte PC for å forstå og dele noe med andre. Dette var krevende arbeid, og de ferdigskrevne feltnotatene er resultat av hva jeg hadde fanget opp, gjenkalte og rekonstruerte. I den høyre kolonnen skrev jeg inn enkelte empirinære stikkord for hva teksten handlet om. Det kunne være *spør/forklare/visе/fortelle, etterspør andre profesjoner, anerkjenne, kritisere, overhøre, uenig/enig, delegerer, viser til sin/andres bidrag/profesjon/spesialist*. Jeg skrev også inn spørsmål som *hva lærte studenten av dette, hvordan forstod studenten dette*. Imens jeg skrev kunne det bli tydelig hva en tekst kunne handle om. Da fargela jeg gjerne teksten. Eksempelvis brukte jeg gul bakgrunn når teksten gjaldt læring/forklare/visе, og rødt når det var noe jeg ville følge opp eller merke meg. Tre små utsnitt fra ulike steder i feltnotatene viser hvordan dette kunne se ut (her i grånyanser):

<p>Es1 Er kognitiv funksjon ok for å kjøre bil? Lt1 Testet kognitivt for bilkjøring? Es1 MMS er bra. Fysiske er det Parkinson? Er blitt bedre av medisiner Lt1 Skal ta en titt på testene og si fra til fastlegen</p> <p>L60 tilgang til PC, halvt mot S20 halvt vendt mot legen. Legen har kurvebok Ss20 sitter vendt mot begge, bak midt mellom, en meter fra bord.</p> <p>Ss3 Ergo har tatt MMS som var 18. Har fått ryggsmerte og medisin for det Ss1 Pasienten husker en del, er en blandingstype Ss3 God fasade, skjuler problem. Snakker bra for seg sier ergoterapeutene</p>	<p>Råd fra ergoterapeutstudent, legen hører</p> <p>Student ikke helt inkludert i møtet?</p> <p>Har sykepleierstudent lært hva MMS skåre innebærer?</p> <p>Bruker annen profesjons info</p>
--	--

I arbeidet med å overføre feltnotatene til PC begynte jeg å gruppere materialet fra feltarbeidet. I arbeidet med notatene rekonstruerte jeg hva jeg erfarte og ble en første gruppering og utprøvende tematisering av materialet. Å skrive feltnotatene var også en begynnende analyse. Når jeg arbeidet med utskriftene og leste notisbøkene, ble jeg minnet om ytterligere detaljer og opplevelser. Overføring av notatbøkene til PC var med på å gjøre hendelser levende på nytt. Dette var ikke fordi jeg opplevde situasjonene som dramatiske, eller fordi de grep meg følelsesmessig, men mer en gjenkalling av hvordan det var å være forsker i feltet. Mange opplevelser passet med mine forventninger om hva som preger hverdagen ved sykehusposter. Dette krevet årvåkenhet. Jeg skulle få frem hva som skjedde og hvordan, men også finne mulige mønstre og sammenhenger i handling, samhandling og læring. Utfordringen er å få tak i meningen i rutiner og vanlige handlingsmønstre (Emerson et al. 1995). Her hadde jeg nytte av studentenes kommentarer til hverandre og veilederen. Studentene fikk mange og flere nye inntrykk i møte med pasienter og postens praksis. Jeg prøvde å være ekstra vår for deres reaksjoner, også kroppslige som blikk og ansiktsuttrykk. Slike nedtegnelser i notisbøkene var en hjelp for å gjenskape hendelser og gripe det daglige i praksisene da jeg skrev feltnotatene og i denne første empirinære gruppering av materialet.

3.4.2 Transkribering av samtalematerialet og bruk av empiri i fremstillingen

Transkribering er også med på å konstruere samtalen, og er ikke å forstå som å skrive denne ned (Kvale & Brinkmann 2009; Poland 1995, 2003). Jeg transkriberte fokusgruppesamtalene og intervjuene. Dette ga meg et gjenhør og mulighet for å komme mer inn i materialet, og dette gjør at jeg vet hvordan muntlig språk ble omformet til skriftlig språk. Et poeng er at vi kunne snakke fritt uten å tenke på om innholdet gjorde at noe/noen var identifiserbare. Jeg ville sikre meg at anonymitet og konfidensialitet ble ivaretatt. Jeg så for meg at det kunne komme informasjon om pasientarbeid i samtalene som ikke skulle nå andre. Transkribering er en måte å organisere materialet for nærmere tolkning og er i seg selv også en analyseprosess som omfatter flere valg (Kvale & Brinkmann 2009a:186). I transkribering av samtalene brukte jeg kolonneinndeling og fargelegging som i arbeidet med feltnotatene. Dette bidro til en innledende gruppering og tematisering av samtalematerialet. Etter hvert ga jeg deltakerne og steder fiktive navn. Jeg prøvde å finne korte navn med litt ulik klang. Ofte valgte jeg navn når jeg hørte personen i avspilling av lydopptaket. Navnene speiler min forestilling om navn som passet til person og sted. Bak navnet la jeg til profesjonens forbokstav som *s* for student, *t* for turnuslege og *o* for lederstilling. Dette er vist i oversikten over deltakerne i avsnitt 3.2.3.

Jeg har tidligere gjennomført fokusgruppesamtale med flere deltakere, og var forberedt på at transkriberingen bød på utfordringer for å få med alt som ble sagt. Jeg skrev så nøyaktig som mulig, men valgte å skrive bokmål og ikke dialekt. Dialekt og utenlandsk aksent førte til at jeg lyttet noen ekstra ganger for å få med det som ble sagt. Jeg understreket ord som de la ekstra trykk på og skrev inn tydelige sukk og latter. I den grad det var mulig anga jeg hvem de snakket til. Et eksempel viser at jeg skrev inn uttrykk som *mm*, *eh* og ufullstendige setninger. Videre at jeg brukte for å angi pauser, uten at antall prikker presist angir pausens varighet:

Tone-F Å være åpen og skape trygge rammer for læring, at det ikke skal være vanskelig å spørre, eh, skal være eh. At studentene ikke skal være redde for å ta kontakt med deg (småler)
 Rundt bordet: mmm...
Ida-F Å være tilgjengelig
 Rundt bordet: ja, mmm
Lise-S Og tydelig. På hva som er læringsfokus, da.
 Rundt borde: mmm
Jan-S Tålmodighet.
 Alle ler.
Inger-Sosio Tid
 Rundt bordet ja, mmm

I skriftliggjøring er en utfordring å bruke punktum for å dele opp tale (Kvale & Brinkmann 2009a:186). I utsagnet fra Lise-S over, har jeg satt punktum etter *tydelig*. Dette betyr at veilederen skulle være tydelig. Uten punktum handler dette om å få læringsfokus tydelig frem. I analysene prøvde jeg å være oppmerksom på om betydningen ble endret som følge av min oppdeling av talen. Av og til lyttet jeg da på opptaket flere ganger. Jeg anstrengte meg for å få med om deltakerne avbrøt hverandre, og å få frem om og hvordan de sa seg enige/uenige. Under viser jeg hvordan jeg brukte – før og etter utsagn ved avbrytelser når de snakket samtidig. Her var temaet utfordringer for veiledere:

Sylvia-F Jeg synes også spesielt det er veldig, veldig tøft å skulle stryke studenter
Marit-E hm
Sylvia-F – i praksis-
Ruth-S - ja, ikke sant -
Sylvia-F – det er -
Ruth-S – det er -
Sylvia-F – ja, det er kjempetøft.
Marit-E mmm
Ruth-S Så hvis man har, ikke så mye å gjøre den dagen, så man kan følge med henne. Hvis man har mye, da bare ikke, tenker ikke på henne da. Og når hun sitter på vaktrommet også ikke tar initiativ. Jeg har ikke tid til å.., ikke sant, da blir det litt....

Eksemplet viser også at Sylvia-F er aktiv uten å slippe de andre lett til, og at Marit-E ikke alltid sier så mye, men viser sin støtte ved å si *mm*. De siste linjene får frem at utskriften kan bære preg av høyttenkning, så setningen blir ufullstendig og verb og pronomen bytter plass. I

sitat som brukes i presentasjon og analyse av materialet, er muntlige formuleringer omformet til skriftspråk. Uttrykk som *masse* er omgjort til *mange* og *dem* er blitt *de*. Innskutte ord som *sånn*, og uttrykk som *eh* er tatt ut, når det ikke endrer meningen. Når *sånn* har betydning for innholdet, er det omskrevet til *slik*. Når ord som *den/de* viser til noe konkret, står betydningen i en []. Sitatet fra Ruth-S i utsnittet over ville jeg gjengitt slik i avhandlingen:

Så hvis man ikke har så mye å gjøre den dagen, så kan man følge med henne [sykepleierstudenten]. Hvis man har mye, da tenker man ikke på henne. Og når hun sitter på vaktrommet også ikke tar initiativ: Jeg har ikke tid til å , ikke sant, da blir det litt....

Jeg mener at meningsinnholdet er beholdt i måten som jeg har skriftliggjort det muntlige både i transkriberingen og i sitater i avhandlingen. I intervju-utskriftene skrev jeg også dialektord. Disse er omgjort til bokmål i avhandlingen av hensyn til konfidensialitet. A-ender er gjort om til en-ender. Jeg bruker fiktive navn for å vise hvem som er opphav til sitatene som jeg gjengir. Transkriberingsmåten hjalp meg til å beholde nærheten til empirien, og jeg lot materialet drive analyseprosessen videre. Resultatkapitlene er delvis å forstå som skriftlig omforming av mine deltakererfaringer fra praksisstedene. I resultatkapitlene illustrerer jeg analytiske poeng ved sitat fra intervju og fokusgruppesamtalene samt rekonstruerte utsnitt fra feltnotatene. Illustrasjonene er i kursiv på grå bakgrunn, som sitatet over.

3.4.3 Videre analyser og tolkning

Analyser av materiale frembragt ved kvalitative metoder er en stor del av forskningsprosessen som krever tid og byr på utfordringer. I kvalitativ forskning finnes ikke entydige måter å fortolke empirisk materiale eller et sett analyseredskaper (Hammersley & Atkinson 2007; Kvale & Brinkmann 2009). Her beskriver jeg hvordan jeg arbeidet med og utforsket materialet for å finne trekk og meningsfulle sammenhenger som kunne belyse studentenes deltakelse og læring i tverrprofesjonell samhandling og praksis ved postene. Avsnittet er et bidrag for å gjøre analysearbeidet transparent for kunne vurdere resultatene.

Tidligere i kapitlet har jeg vist at tolkninger inngår i mine overveielser underveis og i de spørsmål som jeg stilte til deltakerne og til mine observasjoner. Når jeg skrev feltnotater inn med PC, utviklet samtaleguidene og transkriberte samtalemateriale, er dette del av analysene. Utvikling av forskningsspørsmål, valg av teoretiske perspektiv og metoder er med å gi retning for analyse og tolkning (Jarvinen & Mik-Meyer 2005:53; Kvale & Brinkmann 2009). Analysearbeidet har vært en sammensatt prosess preget av veksling mellom helheter, deler og detaljer for å finne og forstå mønstre og mulige sammenhenger, og dette kan beskrives som

hermeneutisk fortolkning (Fangen 2004; Wadel 1991). Det har vært et ønske og en utfordring å yte materialet rett slik at mangfoldet kommer frem og ikke blir overskygget av analytiske perspektiv som jeg bruker. Samtidig har jeg vært inspirert av og brukt teoretiske perspektiv og begrep i analysene. I generering av materialet er en utfordring å skape relasjoner som gjør det mulig å komme nært på hva som skjer og hvordan hendelser blir forstått, mens i analysene er utfordringen å skape tilstrekkelig distanse (Fangen 2004; Hammersley & Atkinson 2007; Kvale & Brinkmann 2009; Repstad 2007; Wadel 1991). Både i observasjon, fokusgruppen og intervju var jeg del av hendelser og samhandling som jeg utforsker. Dette påvirket mine valg av tema for nærmere analyse, tolkning og fremstilling, mens de teoretiske perspektiv som jeg bringer inn, bidrar til analytisk avstand. I resultatkapitlene viser jeg til de aktuelle perspektiv og begrep som har vært analytiske inspirasjonskilder og redskap, og som er omtalt i kapittel 2.

Materiale fra intervjuene og fokusgruppesamtalene er et resultat av samhandling. Intervju er en situert hendelse (Hollander 2004; Holstein & Gubrium 2003; Kvale & Brinkmann 2009), og gjør at i materialet inngår deler av den meningsdannende prosess og interaksjon. Dette betyr at fokus i tolkingen også kan være at kontekst og begrunnelse for tanke, erfaring og handling blir til i intervjusituasjonen. I intervju konstruerer deltakerne bilde av seg selv som kan være annerledes enn i andre sammenhenger (Atkinson & Coffey 2003:116). Dette var jeg årvåken for når jeg tolket og sammenholdt materiale fra feltarbeidet, intervjuene og fokusgruppene. Jeg har ikke uten videre slått sammen data fra feltet og samtalene. Men jeg har prøvd å være bevisst på konteksten og min påvirkning når jeg skulle finne mønstre og sammenhenger i empirien. Jeg har søkt å utvikle mening ved å følge det enkelte intervju, gå på tvers av intervjuene og sammenholde intervjuene i materialet. Tilsvarende har jeg gått inn i fokusgruppesamtalen og på tvers av disse, og i feltnotater fra en post og på tvers av postene. Endelig har jeg gått på tvers av materialet fra en post og på tvers av postene. Jeg har forsøkt å få frem hvordan deltakerne samhandlet, hvordan de fortalte, vurderte, vektla og forstod hendelser, ikke bare hva som ble sagt og skjedde. I analysene har jeg stilt spørsmål til materialet og brukt teoretiske perspektiv og begrep som inngang for å utvikle mening om hvordan informantene forstod sin og andres handling og hendelser.

Etter transkriberingen bestod tekstmaterialet av ca. 360 sider studentintervjuer og 70 sider veiledersamtaler i tillegg 370 sider feltnotater. Materialet er mangfoldig, rikt og stort i omfang. For å belyse studentenes deltakelse og læring var det nødvendig å analysere og forstå

profesjonenes samhandling og praksis ved postene. Problemstillingen og underspørsmålene (kap.1.2) tjente som åpningsspørsmål og ga retning for analyseprosessen og viser også noe av rekkefølgen i analysene. Dette speiler seg også i rekkefølgen i resultatkapitlene.

Underspørsmålene er nært forbundet, og i analysene var jeg oppmerksom på å få frem hvordan studentenes læring og praksiser ved posten var forbundet.

I analysene har jeg lagt hovedvekten på posten ved Lien og Studenttett post ved Ringen. Jeg har ønsket å få frem trekk ved postene og gruppene, selv om individene også blir synlige. Ganske tidlig i feltarbeidet kom det frem ulikheter mellom postene i deltakernes samhandling og bruk av elektronisk pasientdokumentasjon. Dette gjorde at jeg analyserte materialet fra hver post separat og sammenholdt data om aktivitet, hendelser, erfaringer og betydninger av disse fra feltarbeid, fokusgruppe og studentintervju. Parallelt med at jeg gikk dypt i materialet et sted, gikk jeg også i bredden, der jeg sammenliknet mønstre, likheter og forskjeller ved postene i virksomhet, redskap, praksis og fellesskap. Jeg ønsket å vise hvordan deltakelse og tingliggjøring bidro til å utvikle forbindelser, kunnskaper og fellesskap. Det trådte frem flere forhold med betydning for studentenes deltakelse og læring. Dette gjorde at det ble et større innslag av sammenligning av postenes tverrprofesjonelle virksomhet og praksis enn jeg hadde forventet. Jeg brukte tid på å lese for å bli enda bedre kjent med materialet og skaffe meg et bedre overblikk. Dette er en vanlig inngang i analyseprosesser (Fangen 2004; Hammersley & Atkinson 2007; Kvale & Brinkmann 2009; Wibeck 2002). Utskriftene fra student- og veiledersamtalene hjalp meg til å lese feltnotatene med litt andre øyne og omvendt. Selv om disse nok ikke ble lest helt som notatene var fra en fremmed, som er et ideal (Emerson et al. 1995:145). Jeg leste materialet, noterte, merket med farger og fortsatte å gruppere materialet som jeg gjorde da jeg skrev feltnotat og transkriberte samtalene. Emerson, Fretz og Shaw (1995:146) omtaler dette som åpen og tematisk inndeling.

Jeg valgte ut noen kjernetema som jeg forfulgte og knyttet sammen feltnotatet, intervjuene og fokusgruppesamtalene. Valget av tema ble utviklet i et samspill mellom trekk i materialet og min forskerinteresse. For eksempel analyserte jeg samhandlingen i tverrfaglige fora for å få tak i hva de samhandlet om og på hvilke måter. Dette ga for eksempel innsikt i hvem som deltok, hva de snakket om/ikke sa noe om, fagspråk og bruk av skjema i de ulike fora. Møtefora var hendelser som jeg kunne sammenligne i posten og mellom postene. Det ble tydelig for meg hvordan samtaler, møtedeltakelse og bruk av felles redskap var forskjellig ved

praksisstedene. Møtepraksis ble et slikt kjernetema som jeg forfulgte. I de ulike møtefora var det faste mønstre og variasjoner både i personalets og studentenes handling og samhandling. Analysene ble da fokuserte (Emerson et al. 1995:160). Møtepraksis og hvordan aktørene deltok, er et eksempel og brukes her. Jeg lot meg inspirere av og brukte teoretiske perspektiv og begrep for å forstå møtepraksis. Det vil si at jeg ikke fulgte en stram rekkefølge, der første tolkning av materialet skjer ved hjelp av deltakernes uttrykk og benevnelser (Fangen 2004), og i siste del av analyseprosessen henter inn og bruker teoretiske begrep. Fokus kunne bli favnet av empirinære benevnelser, andre ganger bruker jeg mer abstrakte begrep slik Album (1996:243) beskriver. Deltakelse og tingliggjøring (Wenger 1998/2004) ble et sentralt begrepspar i analysene av hva som skjedde i tverrfaglige fora. Jeg stilte spørsmål til materialet, eksempelvis hva åpner/lukker for deltakelse. Et spørsmål var hvordan deltakerne utviklet felles interessefelt rundt pasienten. Hvordan ble problem og mulige tiltak fastsatt, hva kunne de om pasienten og hvem kunne mene noe om hva. Problem, vurdering og tiltak er tre empirinære benevnelser, og de ligger nært til diagnose, vurdering og (be)handling som Abbott (1988) mener kjennetegner profesjoners praksis. Dette illustrere hvordan jeg vekslet mellom å bruke empiri og teoretiske begrep i analyseprosessen.

Wengers begrep deltakelse og tingliggjøring var med på å få frem hvordan felles interessefelt, mening, fellesskap, ansvarlighet og praksis ble utviklet over profesjongrensene. Analytiske fokus var hvordan skriftlig og muntlig tingliggjøring påvirket hverandre, samhandlingen, postens praksis og studentens deltakelse og læring. 'Link', et programvarenavn (fiktivt), er eksempel på aktørens sjargong for å samarbeide via PC-en. I analysene brukte jeg Stars og Griesemers (1989) teori om grenseobjekt for å forstå hvordan bruken av felles redskap som elektronisk pasientjournal bidro i samhandling og felles meningsdannelse. Grenseobjekt var et analytisk perspektiv som hjalp meg å tolke stedets møtepraksis og praksis, samt studentenes deltakelse. I analysene sammenholdt jeg samhandling i og utenom møtefora for å forstå hvordan aktiviteter og kunnskaper var forbundet mellom profesjonene.

Emerson, Fretz og Shaw (1995:161) fremhever betydningen av at forskere er åpne for å knytte sammen og tolke data på andre måter, mens fokus er på utvalgte tema. For eksempel endret jeg min forståelse av møtepraksis etter hvert som jeg utforsket konteksten. Det vil si hvordan møtepraksis var del av postens virksomhet og praksis. I analysene kom det frem at postens praksis ikke kunne forstås utfra møtepraksis og deltakernes direkte samhandling. Tolkningen

av møtepraksis endret seg når jeg trakk inn betydningen av bruk av grenseobjekt som elektronisk pasientjournal og felles skjema knyttet til vurdering og planer. Begrepene deltaker og tingliggjorte forbindelser (Wenger 1998/2004) er sentrale i mine tolkninger. I analysene trådte felles kompetanseområder frem som vesentlig for å forstå møtepraksis og postens virksomhet og praksis som tverrprofesjonell. Her var en analytisk inspirasjonskilde praktisk kunnskap og praktiske synteser (Grimen 2008a). Jeg valgte ut deler av feltnotatene, studentintervjuene og veiledersamtalene for å utvikle meningsfulle sammenhenger og få frem analytiske poeng. Dette innebar en kontinuerlig tematisert og fokusert utvelgelse. Det vil si at i analyse av et tema, kunne materiale knyttet til andre tema bidra i tolkningene. Jeg erfarte at data om flere tema samspilte i mine analyser og tolkninger. Det var krevende å holde overblikket, og i arbeidet laget jeg tidvis oversikter over slike kjernetema.

For eksempel var temaet deltakelse knyttet til postens og profesjonens praksis og kompetanse. Spørsmål ble da hva som var kompetanse når flere profesjoner og studenter var involvert, og hva dette hadde å si for deltakernes innbyrdes forhold. Deltakernes relasjoner var delvis synlig i deres samhandling i og utenfor faste fora. Fokusgruppesamtalen ga også innblikk i veiledernes interaksjon. Også i studentintervjuene kom deltakererfaringer frem. I forkant av prosjektet så jeg for meg at profesjonene ville markere sine oppgaver tydeligere enn det jeg erfarte. Samtidig har jeg hatt et tett og godt samarbeid med andre profesjoner. I analysene prøvde jeg å være sensitiv overfor hva deltakerne gjorde som kunne åpne og avgrense for deres og andres deltakelse. Jeg stilte spørsmål til materialet som: Hvem blir lyttet til, hvem spør og svarer, hvem blir oversett, hvem blir tillagt betydning og hvem refererer de til? Hva gjør deltakerne for at de selv og andre skal bli sett, hørt og anerkjent? Hvem er ansett som kompetente deltakere, og hva skal til for å være kompetent? Og er det forskjeller mellom profesjonene? Teoretiske perspektiv om profesjoners jurisdiksjon (Abbott 1988) og grensarbeid (Gieryn 1983) ble her analytiske innganger. Dette skapte et spenningsforhold til praksisfellesskap (Wenger 1998/2004) som analytisk perspektiv. En utfordring var å forstå hvordan studentene søker å posisjonere seg ved posten og i intervjuene. Er de studenter, ekstra dyktige studenter eller profesjonsutøvere? Hvordan ser de på ansatte og studenter i sin og andre profesjoner? I analysene brukte jeg praksisfellesskap forstått som kompetansesystem (Wenger 1998/2004), for å få frem profesjonenes og deltakernes posisjoner og fellesskap. Kompetansesystem og kompetanseområder ble viktige dimensjoner i utvikling av forståelse av postenes tverrprofesjonelle praksisfellesskap og av studentenes deltakelse og læring.

Sosiokulturelt læringsperspektiv er den overordnet analytiske ramme for å forstå studentenes læring. Jeg bruker begrepet deltakerbaner (Wenger 1998/2004) i analyse og tolkning av studentenes deltakelse og læring. Studentintervjuene var sentrale for å belyse deres utvikling av kunnskaper og forventning til fremtidig profesjonalitet. I analysene av studentenes læring har jeg har trukket inn materiale fra fokusgruppene og feltarbeidet. Jeg sammenholdt data for hver profesjons studenter for å finne mønstre og variasjoner i deres deltakelse og læring. Jeg så etter trekk og variasjoner mellom studentgruppenes deltakelse og læring ved samme post og mellom postene. Analysefokus var gruppen(e) mer enn den enkelte, likevel trer noen studenter mer frem i resultatkapitlene. Jeg spurte materialet om hvilke praksisfelleskap studentene deltok i, hva de lærte og på hvilke måter praksisstedets praksis tilrettela for deres deltakerbaner. Videre hvordan dette kunne bidra til profesjonalitet og tverrprofesjonalitet.

I kvalitativ forskning er det ikke gitt når punktum settes for at mulige mønstre, variasjoner og sammenhenger er utforsket. Jeg har valgt ut hvilke tema som jeg startet og avsluttet med å granske. Analysen ble avsluttet når jeg mente at temaene var uttømt i forhold til mine spørsmål i kapittel 1.2. Fokus i analysene var å få frem hvordan studentenes deltakelse og læring var forbundet med tverrprofesjonell praksis, fellesskap, kompetanseområder og kompetansesystem. Analysene fikk frem mønstre, likheter og ulikheter i utvikling av forbindelser, praksis og kunnskaper over profesjongrensene. I kapittel 5 er analytisk fokus samhandling i tverrprofesjonelle møter. Dette er nært knyttet til bruk av elektronisk journal forstått som grenseobjekt, som er fokus i kapittel 6. Studentenes læring forstått som deltakerbaner, blir i kapittel 7 knyttet til praksisstedets kompetansesystem og tverrprofesjonelle kompetanseområder.

3.5 Etiske overveielser

Til grunn for forskningsetiske retningslinjer ligger verdier som respekt for menneskeverdet, respekt for den enkeltes integritet, medbestemmelse og vitenskapelig redelighet¹. Kvalitative studier kan bringe forskere nært inn på personer og deres livssituasjon. Hele prosessen fra planlegging, frembringelse, videre analyser, tolkning og fremstilling av empirisk materiale krever etiske overveielser (Hammersley & Atkinson 2007; Kvale & Brinkmann 2009; Wibeck 2000). Forskere er forpliktet til å følge forskningsetiske prinsipp om å beskytte deltakere.

¹ <https://www.etikom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

Dette innebærer at forskere er bevisst sin maktposisjon overfor deltakere i alle deler av forskningsprosessen (ibid.). Videre må forskere være årvåken for at det kan oppstå uforutsette hendelser som krever etiske vurderinger av hva som er korrekt adferd (Hammersley & Atkinson 2007:222). Underveis i dette kapittel har jeg prøvd å vise noen av mine etiske overveielser i forskningsarbeidet, og her løfter jeg frem enkelte poeng.

Prosjektets formål er ikke å utforske pasienter. Jeg var hele veien bevisst på at forhold rundt pasienter ikke kom videre. Jeg har vært inne på at jeg aldri noterte navn, men utelukkende avidentifiserte data i notisbøker, feltnotater og utskrifter. I min fremstilling bruker jeg fiktive navn når jeg viser til og bruker eksempler og sitat fra empirien. Når jeg viser til pasienter, har jeg utelatt, endret og brukt fiktive data om alder, kjønn, yrke, familie, etnisitet og informasjon som på noen måte antyder og kan koples til person, bosted, arbeid og tilsvarende. Jeg understreker at det ikke er mulig å sammenstille data om personer, lokalisasjon, tidspunkt og medisinske forhold i notisbøker, utskrifter, notater, arbeidsdokument og i avhandlingen. Alt råmateriale har jeg oppbevart nedlåst og adskilt fra identifiserbare data. Notisbøker, lydopptak og kodenøkler blir makulert når prosjektet er ferdigstilt. Jeg har også unnlatt å oppgi hvor feltarbeidet foregikk. Fordi jeg besøker sykehusposter i mitt arbeid som høyskolelektor, kan de som har truffet meg i postene ikke vite om jeg var der som forsker eller lærer.

Pasienter er i en sårbar situasjon, noe som jeg var ekstra oppmerksom på. Jeg har både som fysioterapeut, lærer og forsker taushetsplikt. Pasientene ble spurt om jeg kunne være med studenten før jeg hilste på pasienten. De ble også gjort oppmerksom på at det var informasjon om prosjektet på oppslagstavlen. Enkelte fortalte at de hadde lest dette. Inne mellom minnet jeg studentene om at de av hensyn til pasienten kunne si fra eller gi meg et tegn hvis jeg skulle trekke meg vekk. Selv var jeg bevisst på forhold hvor det kunne være påtrengende at jeg var med, eller oppleves unaturlig eller integritetskrenkende. For å beskytte pasientene, var jeg hele veien årvåken for, unngikk og trakk meg ut av slike situasjoner. Her brukte jeg min kunnskap og erfaring fra arbeid med alvorlig og kritisk syke personer. Det er mulig at noen kunne føle seg presset til å samtykke, eller ikke orket å ta stilling til spørsmålet. Dette er ikke mitt inntrykk, og jeg møtte ingen pasienter som viste at de ønsket at jeg ikke var til stede. Pasientene hilste meg velkommen og fortalte meg ofte at studenten var «*veldig flink*». Jeg opplevde at de gjerne snakket til meg når vi møttes igjen andre steder i posten. I etterkant tenker jeg at pasientene antok at jeg var der for å se hvordan studenter klarte seg i praksis. Når

jeg var med studentene hadde jeg en diskret observatørrolle lik en veileder, lærer og student. Jeg kunne også henge med på lik linje med en gruppe studenter som under legevisitten. I enkelte situasjoner der to personer vanligvis ville hjulpet pasienten, tok jeg en assistentrolle. Da var det studenten som sa hva jeg skulle ta med, eller hvordan jeg skulle støtte pasienten.

Jeg valgte å ikke være med i møter med kommunehelsetjenesten og i møter der pasient og pårørende deltok. I denne type møter kan det komme annen type informasjon enn den jeg får som kontaktlærer, og som hadde liten betydning for prosjektet. Ved tre anledninger traff jeg pasienter som jeg kjente til fra nabolag/bekjentskapskrets. Jeg valgte da å ikke være med til deres pasientrom i legevisitten, og når de var hos ergo- eller fysioterapeut. En av disse tre traff jeg i korridoren, og vi hilste kort. Etter feltarbeidet møtte jeg en av dem, og jeg var da nøye med ikke å vise at jeg kjente til sykehusoppholdet. Jeg har taklet tilsvarende situasjoner som fysioterapeut på små steder. Jeg opplevde at ekstra smittevern ble innført, og jeg var selvsagt ikke med i disse pasientrom. Som alle andre, fulgte jeg hygienetiltakene for ikke å videreføre smitte, og jeg ble pålagt meldeplikt hvis jeg ble syk som alle andre (hvilket jeg ikke ble).

Studenter er en annen gruppe som krever fokus på makten forskerposisjonen gir (Hammersley & Atkinson 2007; Kvale & Brinkmann 2009), og på min doble rolle som lærer og forsker. Jeg har vært bevisst på at mitt kjennskap til studentene ikke skulle ha innflytelse på deres forhold til veilederen og utdanningen. I forkant av feltarbeid og intervju innhentet jeg frivillig skriftlig informert samtykke fra studentene. I feltarbeidet er det uunngåelig at forskere også får innblikk i forhold som gjelder flere (Hammersley & Atkinson 2007:211). Jeg informerte ansatte og studenter som var ved postene muntlig og ved oppslag. Studentene visste at de skulle si fra hvis de ønsket at jeg ikke fulgte dem. I og med at jeg hang så mye sammen med studentene, fikk jeg innsikt i flere studenters deltakelse og aktivitet. Av og til samtalte en studentgruppe og veilederen om et valgt tema, og da hadde studentene ofte laget et fremlegg. Da avtalte de i forkant om jeg kunne delta. Dette var ikke evalueringsmøter. Jeg opplevde at samtalen var ganske fri og fikk en litt fortrolig karakter i noen studentgrupper. Dette gjorde at jeg ønsket deres samtykke, vel vitende om at de da kunne nekte og jeg ville miste noe data. Hammersley og Atkinson (2007) vektlegger at i feltet må forskere bruke skjønn for avgjøre hva som er korrekt adferd i situasjonen. Jeg fant det rett å be om samtykke fra noen av disse studentene for å innlemme samtalene i materialet. Disse studentene fikk samme skriftlige informasjon, samtykkeskjema og svarikonvolutt som var sendt til studentene i mitt utvalg.

Studentene leste informasjonen og undertegnet samtykket uten at jeg var der. Etter en til to dager ga de meg skjemaet uoppfordret tilbake. Jeg har ikke registrert bakgrunnsopplysninger om dem. Studentene kunne oppleve dette som mildt press. Derfor presiserte jeg at de når som helst kunne trekke samtykket tilbake og få skjemaet i retur. Ingen gjorde dette. Jeg erfarte at de gjerne lot meg være tilstede når de samtalte seg i mellom, og at de lett kontaktet meg. I etterkant tolker jeg det at jeg fikk følge dem så nært, som tegn på at studentene stolte på meg.

Feltarbeid og intervju kan sies å utnytte folks velvilje, og kan gjøre at forskere undervurderer autoriteten som de tillegges (Hammersley & Atkinson 2007; Kvale & Brinkmann 2009). I studentenes forhold til meg, kan min lærerrolle forsterke posisjonene. Det kan være belastende å ha en følgesvenn i hælene. Jeg tok dette opp med studentene da vi møttes første gang i posten og i slutten av intervjuet. Studentene viste til at de var vant til å bli observert av veiledere, lærere og studenter. Et par hadde tenkt over at jeg skulle følge dem da vi møttes i posten. Etter et par dager fortalte de at de var vant med at jeg var i nærheten. I intervjuet nevnte en at jeg kom litt for tett en gang. Jeg opplevde at studenter tok meg med, også i pausene når de ikke satt sammen med ansatte. Jeg prøvde å finne en naturlig plass som feltforsker og være fintfølende for studenters reaksjoner. Hammersley og Atkinson (2007 :214) peker på at det kan være stressende å bli forsket på når det oppleves som evaluering av hva de gjør. Min presisering av at jeg ikke ville og skulle påvirke veilederes vurdering av prestasjonene, mener jeg var avgjørende for den fortrolighet de viste meg. Jeg hadde oversikt over når studentvurderinger var, og da holdt jeg meg langt unna. I feltarbeidet og intervjuene kom jeg ganske nært på studentene, men som følge av formelle posisjoner og alder var forholdet asymmetrisk. Et forhold som kan tenkes å påvirke ubalansen noe, var at studenter har en formell deltaker-plass som følge av utdanningens og sykehusets praksisavtaler, mens jeg hadde invitert meg selv inn som deltaker.

Et tredje forhold som jeg har tenkt over, er hensynet til postenes arbeidsmiljø. I forkant visste jeg ikke noe om hvordan forholdene var mellom de ansatte og profesjonene. Det er skrevet mye om konfliktfylte og konkurransepregede relasjoner i sykehus i profesjonssosiologien. I feltarbeid kan mindre positive forhold dukke opp og bli forsterket når en kommer utenfra (Fangen 2004). Hammersley og Atkinson (2007) mener på sin side at forskeres påvirkning er noe overdrevet. Jeg var innstilt og bevisst på at forholdene kunne være mindre harmoniske. Disse forventningene er synlig i måten som jeg gikk frem for å få tilgang til feltet. Jeg har

vært bevisst på at personalet skal fortsette å arbeide sammen og samhandle etter at jeg har trukket meg ut, og prosjektet er avsluttet og publisert. Noen få ganger omtalte aktørene andre slik at det kunne høres ut som evaluering av personer og deres bidrag. I situasjonen forfulgte jeg ikke denne type utsagn, og tok dem mer som uttrykk for hverdagens travelhet. På den annen side kunne utsagnene tolkes som en markering av personens og profesjonens fortrinn. Utfra prosjektets formål ville dette være interessante data. I analysene har jeg lagt vekt på at slike utsagn var svært uvanlige. I lys av materialet som helhet ville en slik forståelse være urimelig og en overfortolkning (Hammersley & Atkinson 2007:171). Postene var preget av åpen og god atmosfære, og jeg har ingen holdepunkter for å anta at dette endret seg som følge av feltarbeidet. Jeg har som forsker, også ansvar for å beskytte ansatte som deltok. Deres anonymitet og konfidensialitet har jeg ivaretatt som for andre deltakere. Jeg innhentet skriftlig informert samtykke fra veilederne. Enkelte kan ha følt litt press, fordi studentene alt hadde samtykket til å delta og institusjonen hadde gitt prosjektet klarsignal. Samtidig er personalet ikke å regne som utsatte grupper lik pasienter og studenter som krever ekstra ivaretagelse (Hammersley & Atkinson 2007:220). Offentlige institusjoner som sykehus må akseptere å være gjenstand for forskning. For eksempel er det et gode å få frem forhold som kan føre til forbedringer (Hammersley & Atkinson 2007:215). Her kunne dette gjelde ivaretagelse av pasienter eller kvalifisering av fremtidige profesjonelle.

I forskningsarbeidet inkludert min skriftlige fremstilling, mener jeg at deltakerne er ivaretatt på en forskningsetisk forsvarlig måte. Et siste poeng er knyttet til ikke å ødelegge forskningsfeltet for fremtidig forskning (Hammersley & Atkinson 2007:219). Min vurdering er at prosjektet og måten jeg har utført forskningen, ikke vil hindre videre utforskning i feltet.

3.6 Prosjektets validitet

Kunnskap utviklet ved kvalitative metoder er dannet, konstruert og produsert i samspillet mellom aktører inkludert forskeren. I mitt prosjekt er innsikter blitt til i utvalget av kontekster både i observasjoner, relasjoner og samtaler. Vurdering av troverdighet og kvalitet i kunnskap som prosjekt har dannet, vil si å vurdere hvordan forskeren har brukt de kvalitative metoder i meningsdannende praksis i hele forskningsprosessen (Atkinson & Coffey 2003; Halkier 2002; Holstein & Gubrium 1995; Kvale & Brinkmann 2009). I dette avsnitt reflekterer jeg over forskningsprosessens og -resultatenes validitet. Dette handler om resultatene er troverdige.

I kapitlet har jeg redegjort for hvordan jeg gått frem i utforming og gjennomføring av forskningen for å gjøre prosessen mest mulig transparent. Jeg har prøvd å få frem mine spørsmål, overveielser og valg i forkant og underveis knyttet til lokalisasjon, utvalg, intervju, observasjon, fokusgrupper, feltnotat, transkribering, analyse og tolkning. Prosjektets problemstilling og de teoretiske og analytiske perspektiv som rammer inn utforskningen er omtalt i kapitlene foran. En hensikt med disse tre kapitler er å synliggjøre den indre konsistens i forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann 2009). Jeg lagt vekt på å få frem min refleksivitet og systematikk i forskningsaktiviteten, og gjøre det mulig for andre å følge og forstå hvordan resultatene er blitt til i forskningsprosessen. I de neste kapitlene presenterer jeg resultatene fra utforskningen av hvordan studentene deltar og lærer i tverrprofesjonell praksis og virksomhet i sine praksisstudier. Enhver skriftlig fremstilling reduserer mangetydighet og variasjoner i det empiriske materialet (Emerson et al. 1995; Fangen 2004; Hammersley & Atkinson 2007). Deltakernes praksis er et sammensatt og flyktig fenomen som ikke fullt ut lar seg oversette og omforme til ord som får frem mangfoldet. Min skriftliggjøring gir derfor et blikk inn i virkeligheten ved praksisstedene og aktørenes deltakelse og læring. Samlet sett er fremstillingen et resultat av mine analyser og tolkninger. Jeg har brukt teoretiske begrep og perspektiv for å fremme mitt forskerblikk og få analytisk distanse til feltet. En utfordring forskere har er å få frem om det er empirien eller forskerens forforståelse som skaper tolkninger (Malterud 2001). Jeg bruker mange sitat og eksempler for å synliggjøre hvordan materialet gir belegg for mine tolkninger og slutninger. Ved å bevare nærheten til materialet kan jeg få frem noe av kvaliteten i empirien som undersøkelsene frembragte.

I kvalitativ forskningstradisjon er det ingen entydige og vedtatte regler for å vurdere hva som er god validitet eller gyldighet (Miles & Huberman 1994:262). Kvale og Brinkmann (2009a:264) peker på at for sterkt fokus på validering kan føre til en spiral som kan svekke kunnskapers gyldighet. For å vurdere kvaliteten i resultatene er det nødvendig å undersøke hele forskningsprosessen. Det vil si at det er krav om troverdighet til alle deler i prosessen (Kvale & Brinkmann 2009a: 246). Ideelt sett skal konklusjoner være så overbevisende riktige fordi resultater er åpenbare og forskningsprosedyrer er transparente. Spørsmål om validitet blir overflødige når produktet bærer gyldighet i seg selv (Kvale & Brinkmann 2009a:264). Det vil si at håndverket i alle faser av forskningen avgjør hvor sterk og troverdig produktet eller kunnskapen er (Kvale & Brinkmann 2009a:253).

I mitt forskningsarbeid er det flere forhold som bidrar til å validere resultatet. Valget av å bruke kvalitative metoder henger nøye sammen med prosjektets formål, og hva som er egnet for å få frem lokale praksiser og deltakernes forståelse. Etiske hensyn for å ivareta deltakerne og særlig pasienter og studenter, har veid tungt i planlegging og gjennomføring av prosjektet (3.5), og jeg mener dette ikke svekker resultatene. Jeg var til stede i praksis og situasjoner der handling og samhandling skjer over profesjonsgrensene, og der studentene deltar og lærer. En kan selvsagt stille spørsmål om aktørene endret praksis fordi de kjente til forskningsprosjektet og av at jeg var tilstede. Da blir resultatene vurdert i lys av Hawthorne effekten, der deltakelse i prosjektet i seg selv fører til endring. Jeg mener det vil tillegge mitt prosjekt for stor betydning. Hverdager i sykehus er travle, og det er urimelig å anta at aktører har tid til å tenke på å endre praksis fordi jeg var der. Studentene ga uttrykk for at de ikke brød seg om jeg var der eller ei. Atkinson og Coffey (2003:120) mener at forskeres endringsmuligheter ikke skal overdrives.

Felterfaringene var en styrke når jeg samtalte med informantene i intervju og fokusgrupper. Erfaringen gjorde det lett å følge opp og spørre når deltakerne beskrev hendelser og erfaring. Dette innebærer på ingen måte at jeg ikke stoler på informantenes fortellinger. Tidligere har jeg vært inne på betydningen for kvaliteten i materialet av at feltarbeidet var lokalisert flere steder, at flere profesjoner deltok og hvordan studentenes møte med det nye i postens praksis bidro til mitt blikk. Jeg har også pekt på hvordan jeg brukte fokusgruppene og intervjuene til å få frem andre aspekter ved data fra feltarbeidet. Jeg har kritisk og systematisk sammenholdt materiale fra feltarbeidet, fokusgruppene og intervjuene for finne støtte og alternativ til mine fortolkninger og analyser. Det er ingen automatikk i at triangulering av data gjør et studie valid, men triangulering er med å styrke slutninger som gjøres på grunnlag av materialet (Hammersley & Atkinson 2007:184).

I arbeidet med det empiriske materialet har jeg prøvd å være åpen for andre måter å tolke materialet, helt fra observasjonene, arbeid med feltnotater, intervjuguidene, transkribering til analysene og i samtaler. I metodekapitlet har jeg søkt å vise hvordan jeg prøvde min tolkning i samtaler, fokusgrupper og intervjuer av det som jeg observerte og som ble sagt. Dette er en utprøving i forhold til deltakernes selvforståelse, og er en form for kommunikativ validering (Kvale & Brinkmann 2009). Slik validering kan skje i flere fellesskap. Underveis har jeg hatt hjelp fra flere fellesskap til å få et kritisk blikk på fortolkninger og analyser. Jeg har lagt frem

delar av mitt arbeid i seminar med deltakere både fra utdannings- og praksisfeltet. Dette ga meg støtte og noen innspill til å justere min forståelse. Det ble pekt på hvor nyttig det var å få «*et utenfra blikk*» for å forstå virksomhet og praksis ved praksisstedene. Denne type validering bygger i stor grad på sunn fornuft og går utover informantenes selvforståelse (ibid.). I tillegg til å diskutere med mine veiledere, har jeg lagt frem resultatkapitlene før de fikk en endelig form i forskningsgrupper ved høgsolen. Forskervalidering vil si at de som deltar i diskusjonen, også er fortrolig med intervjuemaer og teoriene som blir brukt (ibid.). Gruppene validering av mine tolkninger og resultat oppfyller ikke helt et slikt krav. I forskergruppene kom det frem ulike synspunkt som krevet at jeg kritisk tenkte over retning for analyser og tolkninger. Diskusjonene i slike fora har vært og er viktige i videreutvikling av mitt forskerblikk, og til å bevisstgjøre fysioterapeuten og læreren i meg. I den grad resultatene kan bidra til handling eller endring i handling er pragmatisk validering (Kvale & Brinkmann 2009). Dette avhenger av at resultatene kan være nyttige i praksis, og forutsetter at jeg formidler forskningsresultatet til praksisfeltet og utdanningene i aktuelle fora og fagtidsskrift.

3.7 Rollen som forsker

I kvalitativ forskning er forskeren også deltaker. Dette gjør at forskeren må vise refleksivitet i hvordan meningsdannelse og forståelse av verden påvirkes av forskerens bakgrunn, interesser, erfaring og kunnskap (Hammersley & Atkinson 2007; Wadel 1991:59). Forskning innen egen kultur og yrkesfelt byr både på utfordringer og muligheter. En utfordring er å distansere seg fra handling, tenkemåter og kunnskaper i fellesskap der forskeren inngår, og som forskeren tar for gitt. På den annen side er det å ha kjennskap til et område også en fordel for å kunne fange opp hva som forgår, og hvordan mening dannes i feltet som utforskes (Fangen 2004; Repstad 2007; Wadel 1991). I min forskeraktivitet vil mine erfaringer og kunnskaper gjennom livet inngå i hvordan jeg handler og tenker. Her trekker jeg frem erfaringer som jeg mener virker inn på min forskerrolle, uten at dette lar seg gjøre fullt ut.

Jeg erfarte at det var en ressurs å være fortrolig med sykehus og kulturen der. For helt utenforstående kan det være vanskelig å komme inn i virksomheten i medisinske avdelinger. Handling og samhandling om pasient- og behandlingsforløp kan innebære spesialisert språk og kunnskapsbruk. Videre er tempoet høyt i aktørenes handling og kommunikasjon både i og mellom profesjoner. Sykehus har et stort repertoar av rutiner, redskaper og ressurser som er innvevet i profesjonelles praksis. For å forstå praksis ved postene kan dette repertoaret være

sentralt. I forskningsarbeidet har jeg hatt nytte av min fysioterapeututdanning og lange yrkeserfaring fra spesialist- og kommunehelsetjeneste samt høyskolen. Fagterminologi er del av profesjonelles muntlig og skriftlig kommunikasjon. Dette kan gjøre at utsagn, opplysninger og handling ikke gir mening for utenforstående. Jeg hadde eksempelvis nytte av fagkunnskap når det ble vist til resultat av kliniske prøver, kognitive tester og medikamentell behandling i ulike fora. Dette påvirket måten jeg fanget opp og tolket hva som skjedde og møtedeltakernes reaksjon. Uten slike kunnskaper ville det vært vanskelig å sammenholde hva jeg observerte og forstå betydninger av dette, når jeg fulgte profesjonenes vurdering og oppfølging av pasienter. Fortrolighet med rutiner, redskap, miljø og kultur i sykehus var derfor av stor betydning for kvaliteten i materiale. Dette hjalp meg også i å få tilgang til feltet (kap.3.2.2), få deltakernes tillit (kap.3.3.1.1) og var ressursbesparende. Utfordringen var ikke å ta det jeg hørte og så for gitt. Jeg har pekt på at vekslingen mellom tre poster bidro til å skjerpe mitt blikk. Prosjektet omfatter fire profesjoner hvilket gjorde at jeg møtte andre måter å handle, tenke og forstå virkeligheten på enn i fysioterapitradisjonen. Studentene var også med til at jeg så postens virksomhet og praksiser med et våkent blikk. Deres møte med praksisstedet var et møte med noe nytt, og studentenes undring og spørsmål gjorde at jeg også måtte se på nytt. Jeg prøvde å stille meg i deres sted for å oppdage og forstå praksis og hvordan denne praksis kunne bidra i læring.

Mitt forhold til andre profesjoner i arbeidsliv og privatliv er langvarig og godt. Jeg har som fysioterapeut, arbeidet sammen med aktører fra flere profesjoner på ulike steder og over flere år. Fordi opptak til fysioterapeututdanningen krevde pleiererfaring, arbeidet jeg ca. ¾ år som pleiemedhjelper i sykehus, og fortsatte med dette i studietiden. Erfaringen har jeg hatt glede av i samarbeid med syke- og hjelpepleiere. Min yrkesinteresse er samlet sett knyttet til rehabilitering i institusjon, og spenner fra reumatologi til nevrologi og i alle aldersgrupper. Samarbeid og samhandling mellom profesjoner er noe som jeg har kjent på kroppen. Dette har hjulpet meg til å komme nært på aktørenes praksis, men har krevet årvåkenhet for det implisitte og analytisk distanse i min meningsdannelse. Jeg er kjent med faren for å trekke raske slutninger og slik lukke for andre måter å tolke og forstå, når forskeren kjenner feltet. Jeg har også mange års lærererfaring ved fysioterapeututdanningen, og som en del av arbeidet har jeg vært kontaktlærer ved sykehus. Det vil si at jeg besøker et sted der studentene har praksisstudier og avsluttende klinisk eksamen. Ved et slikt besøk legger hver student frem undersøkelse og vurdering av en pasients problem og viser behandling. Deretter følger en

times diskusjon med stedets veileder og medstudenter. Dette innebærer at jeg har observert og snakket med studenter i et utsnitt av deres fremtidige yrkesrolle. Jeg fikk da et lite blikk inn i hvor spennende og utfordrende sykehushverdagen kan være for studenter. Funksjonen som kontaktlærer, er et bindeledd mellom utdanningen og praksisfeltet. For meg har funksjonen opprettholdt en liten forbindelse til utøvelse av fysioterapi. Dette hjalp meg når jeg orienterte meg om avdelinger, poster og praksisstudiene, men også for å finne en naturlig plass i feltet. Som fysioterapeut og lærer er jeg trent i å observere både verbal og kroppslig samhandling. I forskningsarbeidet brukte jeg disse erfaringer sammen kunnskaper om forskerposisjoner og forskerrefleksivitet for å være bevisst min rolle som forsker.

I arbeidet ved høyskolen har jeg også samarbeidet med andre profesjoner om utdanning og studenters læring. Ikke minst i Fakultets arbeid med Fag- og studieplaner møtte jeg noe av mangfoldet i profesjonenes problemfelt og perspektiv. Jeg erfarte hvor krevende det var å utvikle, planlegge og gjennomføre felles undervisningsopplegg for flere bachelorutdanninger. Dette dreier seg ikke bare om ulikheter i utdanningenes mål og innhold. Det er også knyttet til pedagogiske tradisjoner og forskjeller i forventninger hos lærere og studenter samt praktiske forhold som logistikk (Bjørke & Haavie 2004; Nilsen, Haavie & Bjørke 2008). Denne yrkeserfaring bidro til økt interesse for å lære mer om profesjoner. Under forskningsarbeidet har jeg vært tilknyttet Senter for Profesjonsstudier (SPS), hvor jeg også har hatt arbeidsplass i over ett år. Denne tilhørigheten har vært viktig i min utvikling av forskerrefleksivitet. Deltakelse i aktiviteter og diskusjoner ved SPS, har hjulpet meg å søke etter alternative tolkningsmåter og se hvordan ulike teorier kan tilføre andre tenkemåter i forskningsprosessen.

Jeg har brukt og hatt nytte av å være forsker, lærer og fysioterapeut på ulike måter i forskningsprosessen. Wadel (1991:62) beskriver dette som å utnytte de muligheter som ulike roller gir og være bevisst på når forskeren inntar hvilken rolle. Jeg har prøvd å ta med meg forskerrefleksivitet inn i rollene og vært bevisst på hvordan min subjektivitet er en del av både hva mitt empiriske materialet er, og hvordan dette er generert, fortolket, forstått og formidlet.

4.0 Introduksjon til profesjonsutdanningene og sykehuspostene

Dette kapittel er ment som en introduksjon til de etterfølgende resultatkapitler. Første del av kapitlet redegjør kort for ergo-, fysioterapeut- lege- og sykepleierutdanningen. Andre del av kapitlet handler om praksisstedene, det vil si sykehuspostene og deres pasienter, personale, rutiner og enkelte felles redskap. Fremstillingen er ikke ment å gi en fullstendig og uttømmende beskrivelse, men bidrar til et bilde av konteksten for prosjektet. For lesere som er kjent med hverdagen i sykehus og utdanningenes praksisstudier er antakelig deler av dette kapittel gjenkjennbart og vil bringe lite nytt stoff.

4.1 Profesjonsutdanningene

Tre av profesjonsutdanningene er lagt til høyskoler, og de leder frem til en Bachelorgrad i henholdsvis ergoterapi, fysioterapi og sykepleie etter tre års studier. Legeutdanningen leder frem til Cand. med. etter seks års universitetsstudier. Fordi flere høyskoler nå er universitet, blir enkelte sykepleiere, ergo- og fysioterapeuter i dag utdannet ved universitet.

Ergoterapeuter blir utdannet fem steder (269 plasser) i Norge. Leger (600 plasser) og fysioterapeuter (356 plasser) utdannes ved fire steder, og sykepleiere ved hele 26 institusjoner (4378 plasser) (Samordnet opptak²; Universitets- og høgskolerådet (UHR) 2010). Fordelingen mellom det totale antall studenter i Norge er: 734 studerer ergoterapi, 1022 studerer fysioterapi, 3498 studerer medisin og 13796 studerer sykepleie (Meld. St.13 (2011-12) 2012). Ergoterapeut- og sykepleierkandidater kan søke autorisasjon etter fullført og bestått studium. Fysioterapeutkandidater kan søke autorisasjon etter fullført, bestått utdanning og ett år godkjent turnustjeneste. Legekandidater som inngikk i mitt prosjekt kunne søke autorisasjon når 1½ års turnustjeneste³ var godkjent etter fullført og bestått utdanning. Legestudenter kan søke om midlertidig, begrenset legelicens når 4 ½ år av studiet er gjennomført og bestått.

4.1.2 Rammeplan, Fagplan og Studieplan

I henhold til Lov om universiteter og høyskoler av 1.april 2005 §3 skal styret ved utdanningsinstitusjonene fastsette programplan for utdanningens faglige innhold inkludert obligatoriske kurs, praksisstudier og vurderingsform. Planer for ergoterapeut-, fysioterapeut-

² Samordnet opptak i 2012 lokalisert 06.12. 2012

http://www.samordnaopptak.no/tall/2012/hoved/supplering/utd_type

³ 03.12 2012 turnustjeneste endret til å være førstegangsstilling for lege hvor veiledning er en forutsetning. Stillingen kan inngå i en spesialisering. For å arbeide selvstendig som fast-/kommunelege kreves 1½ år i veiledet legestilling etter fullført utdanning. Etter bestått norsk embetseksamen kan legekandidater søke om autorisasjon.

og sykepleierstudier er regulert av Rammeplaner fastsatt av Kunnskapsdepartementet. Rammeplanene angir utdanningens mål, formål, omfang, innhold og retningslinjer for organisering, arbeidsmåter og vurderingsordninger. Rammeplanene skal sikre at studiet, inkludert praksisdelen, holder et nasjonalt og likeverdig faglig nivå samt oppfyller lovens krav til profesjonsutøvelse. Rammeplanene som gjaldt for min prosjektperiode var fastsatt i 2005⁴. På grunnlag av Rammeplanen utformer og vedtar utdanningsinstitusjon en Programplan for hvert av profesjonsstudiene. Et treårig helsefagstudium teller totalt 180 studiepoeng.

Legestudiet er seksårig og teller 360 studiepoeng. Programplanen for legestudiet blir fastsatt ved det enkelte universitet, og planen styrer mål, innhold, organisering, arbeidsmåter og vurderingsformer. Eksempelvis har Legeutdanningen i Oslo en programplan som omfattet 29 fag og der teoretisk kunnskap var vektlagt i første del av studiet⁵. Tre av legestudiene har lagt til grunn problembasert læring som pedagogisk modell (Wiers-Jenssen & Aasland 2004).

4.1.3 Innhold i utdanningene

De fire studiene er yrkesrettede utdanninger, der målet er at studenter skaffer seg kunnskaper, ferdigheter og holdninger for å bli gode ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger og sykepleiere.

Ergoterapeutstudiet legger vekt på forståelse av hva som hemmer og fremmer menneskelig aktivitet og helse, samt samspill mellom aktivitet, person og omgivelser. Ergoterapi handler om å bistå individ og grupper i ulike livsfaser og områder som skole, arbeid, fritid og daglige aktiviteter. Ergoterapeuter utfører aktivitetsanalyse og funksjonsvurdering for å tilrettelegge for personers aktivitet og samvær med andre. Ergoterapi kan omfatte kreative, praktiske og administrative og pedagogiske oppgaver. I arbeidet er veiledning og rådgivning til brukere sentralt. Ergoterapi bruker kunnskap fra felt som psykologi, pedagogikk, sosiologi, anatomi, sykdomslære og spesielt om menneskelig aktivitet. Studiet kvalifiserer for behandlende, rehabiliterende, habiliterende, helsefremmende, forebyggende og vedlikeholdende arbeid.

Sentralt i Fysioterapeutstudiet er forståelse av hvordan kroppens bevegelse og funksjon er knyttet til andre faktorer i livet, og hvordan bevegelse og kroppslig funksjon påvirker helse, smerte og funksjonsnedsettelse. Fysioterapeuter behandler personer med nedsatt funksjon

⁴ http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/hovere_utdanning/rammeplaner.html?id=435163

⁵ <http://www.uio.no/studier/program/medisin/oppbygging/fugleperspektiv-2012.pdf>

etter skader, sykdom og lidelser. I opptrening, rehabilitering og forebygging av helseskade er veiledning og formidling sentralt. Bevegelsesanalyse og funksjonsvurdering inngår i deres undersøkelse og er behandlingsgrunnlag for å fremme bevegelse, funksjon og helse.

Fysioterapi bruker kunnskap fra flere felt, og sentralt er anatomi, fysiologi, sykdomslære og hvordan bevegelse læres, kontrolleres og erfares i samspill med omgivelser. Praktiske og manuelle ferdigheter og kommunikasjon er her essensielt. Fysioterapeuter har selvstendig behandlingsansvar. Studiet kvalifiserer for behandlende, habiliterende, rehabiliterende, helsefremmende og forebyggende arbeid.

I sykepleierstudiet er hovedfokus pleie, omsorg og behandling ved skade, akutt og kronisk sykdom og funksjonssvikt. I de fleste deler av helsetjenesten er sykepleiere med og ivaretar grunnleggende behov hos pasienter og grupper som er særlig utsatt for helsesvikt. Arbeidet omfatter både praktiske og administrative oppgaver. Sentralt i sykepleie er håndtering av legemidler, hygiene samt forståelse og opplevelse av sykdom. Praktiske ferdigheter og kommunikasjon er viktig. Sykepleie henter kunnskap fra flere fagfelt, som anatomi, fysiologi, sykdomslære, biokjemi og kommunikasjon. Sykepleierstudiet kvalifiserer for behandlende, lindrende, rehabiliterende, miljøterapeutiske, helsefremmende og forebyggende arbeid.

Legeutdanningen gir grunnlag for å være turnuskandidat/førstegangsstilling, og senere arbeid i helsetjenesten, i forskning og fremtidig spesialisering. Det er mer enn førti spesialiteter. Sentralt i arbeidet er å fastsette diagnose og behandling, og dette blir gjort ved å sammenstille ulike undersøkelser, prøveresultat og vurderinger, både fra leger og andre. Leger har formelt og selvstendig ansvar for medisinsk behandling og å fastsette medisinske diagnoser. Arbeidet omfatter praktiske, administrative, ledelse og pedagogiske oppgaver. Kunnskapsfeltet er bredt, og grunnleggende fag er anatomi, fysiologi, biologi, mikrobiologi, biokjemi, sykdomslære, farmakologi, sosiologi og psykologi. Hovedområder i klinisk medisin og samfunnsmedisin er allmenn medisin, indremedisin, kirurgi og psykiatri. I tillegg kommer mindre fagfelt som nevrologi, pediatri, radiologi, anestesi, øre-nese-hals, øye, gynekologi/obstetikk, fysikalsk medisin og hud. Legestudiet kvalifiserer til arbeid i helsetjenesten med diagnostisering, behandling, rehabilitering, habilitering, lindrende, forebyggende og helsefremmende oppgaver samt ansvar for slike oppgaver.

De fire profesjonsutdanningene speiler profesjonenes heterogene kunnskapsgrunnlag, og deres teoretiske kunnskap har deler fra flere fagfelt (Grimen 2008a:72-3). I utdanningenes planer blir fagområder vektet og beskrevet ulikt. Forskjeller mellom profesjonene kommer frem i programplanene i hvordan fag blir knyttet til yrkesutøvelsen, og vektning av fag i form av studiepoeng. Forskjellene kan skjematisk og grovt illustreres i fordeling av studiepoeng i sentrale fagområder i de tre Rammeplanene og legestudiets plan.

	Ergoterapeut	Fysioterapeut	Sykepleier	Lege
Anatomi, fysiologi, biologi, sykdomslære, farmakologi etc	30	48	45	121
Helsefremmende & forebyggende arbeid/samfunnsmedisin	15	15		16
Behandling, re-/habilitering	60	42		
Bevegelse: analyse, læring		12		
Sykepleier oppgaver & funksjon i spesialist-/kommunehelsetjenesten			72	
Klinisk medisin, allmennmedisin				184
Fag-, ide-, vitenskapelig grunnlag	24	6	18	
Psykologi, pedagogikk	18	9	9	
Sosiologi, sosial antropologi	9	9	6	
Kommunikasjon, samhandling, konfliktløsning/adferdsfag	6*	6*	6*	5
Etikk	9*	9*	9*	5
Vitenskapsteori, forskningsmetode	6*	6*	6*	29

*Disse emner inngår i Rammeplanens fellesdel for helse- og sosialfagutdanninger

** Eksempel fra Universitetet i Bergen 2005⁶, min gruppering av studiepoeng

Profesjoners kunnskaper er knyttet til deres praktiske yrkesutøvelse (Grimen 2008a:73-74). Dette kan illustreres i hvordan eksempelvis sykdomslære er omtalt i Ramme-/studieplanene. I ergoterapi er sykdomslære knyttet til pasientens opplevelse av aktivitetsproblem. I fysioterapi vektlegges sykdomsprosesser med betydning for bevegelse- og funksjonsproblem. I sykepleie er observasjon og samarbeid om behandlende, lindrende og forebyggende tiltak knyttet til kunnskap om sykdomsprosesser. I legestudiet er sykdomslære vevet inn i klinisk medisin for å kunne gjenkjenne symptom, diagnostisere, behandle og forebygge sykdom. Sykdomslære er nært forbundet med forståelse av metoder for diagnostikk og prinsipper for behandling.

I Rammeplanen inngår en fellesdel på 30 studiepoeng for alle treårige helsefagutdanninger. Fellesdelen er delt i fire: Vitenskap og forskningsmetoder – Etikk – Kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning – Stats- og kommunalkunnskap. Formålet med fellesdelen er å fremme tverrfaglig samarbeid i tråd med lovverket for helsetjenesten. Utdanningenes Programplaner organiserer innhold og gjennomføring av Rammeplanens fellesdel for den på

⁶ http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/studielop_medisin_2005_redigert_0.pdf

ulike måter (Almás 2007; Bjørke 2009; Bjørke Englund, & Almås 2009; Haugland, Bjørke, Norenberg & Nilsen 2010; Almås, Bjørke, Nilsen & Luteberget 2010; Meld.St.13 (2011-12) 2012). Det er ikke krav om innhold i legestudiet tilsvarende fellesdelen i Rammeplanene for andre helse- og sosialfagstudier. Denne type tema inngår i legestudiet uten at de er like eksplisitt formulert som for de andre utdanningene. For eksempel kan kommunikasjon og samhandling i emnet atferdsfag inngå flere steder i studieforløpet (Vågan 2009; Studieplan ved UiO⁷). I formålet for legestudiet er optimal funksjon i helsetjenesten knyttet til at leger kan arbeide selvstendig og ansvarlig ut ifra vitenskapelig grunnlag, og at de kan samarbeide.

4.1.4 Praksisstudier og avdelingstjeneste

Mitt prosjekt retter oppmerksomheten mot den delen av studiet som er lagt til yrkesfeltet, eksterne praksisstudier. Praksisstudier skal knyttes til studiets mål, undervisning og den kompetanse som kandidater skal ha etter endt utdanning (Forskrift om akkreditering av høyere utdanning § 2-1, 2006⁸). Spesialisthelsetjenesten er et sentralt arbeidssted for de fire profesjonene, og alle har praksisstudier ved somatiske sykehusavdelinger (UHR 2010). Praksisstudier er en viktig og obligatorisk del av de fire utdanningene, og manglende godkjenning av praksisstudier stopper studenter fra å fullføre studiet. Rammeplanen fastsetter omfanget av obligatoriske praksisstudier. Utdanningsinstitusjonen avgjør hvor i studieforløpet de veiledede praksisstudier er plassert. Plasseringen skjer ofte etter avtale mellom utdanningsinstitusjonen og nærliggende Helseforetak og kommunehelsetjeneste (UHR 2010). Rammeplanen krever at praksisstudier er målrettet, planlagt og relevant for fremtidig virke. I utgangspunktet skal praksisstudiene omfatte hovedemnene i Rammeplanen, inkludert fellesdelen. Refleksjon over praksiserfaringer er omtalt som en del av studentenes læring. Den enkelte utdanningsinstitusjon har ansvar for at Rammeplanens krav og forventninger er ivaretatt i studiets Programplan. Så lenge praksisstedet er relevant og knyttet til studiets mål, er det utdanningsinstitusjonen som fastsetter hvilke typer praksissteder som inngår. Unntaket er sykepleierstudiet der Rammeplanen også angir typer av praksissteder.

Omfanget av praksisstudier i Rammeplaner/Studieplan fordelt slik

	Ergoterapeut	Fysioterapeut	Sykepleier	Lege
Rammeplan/studieplan ⁹ : antall uker eksterne praksisstudier	45	45	75	18-33
Mitt prosjekt: antall uker ved posten	9	9	12	4

⁷ <http://www.uio.no/studier/program/medisin/>

⁸ <http://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2006-01-25-121>

⁹ UHR 2010

Både i ergoterapeut- og fysioterapeutstudiet utgjør praksisstudier 45 studiepoeng eller $\frac{3}{4}$ semester av studiet. Rammeplanen for ergoterapeututdanningen sier at praksisstudiet skal gi arbeidserfaring i og utenfor institusjon med aktivitet hos personer som har funksjonshemming /sykdom over kort og lang tid. Pasienters problem kan være knyttet til somatisk eller mental helse. Noen ergoterapeutstudenter i mitt prosjekt fulgte en Programplan som ble justert i løpet av prosjektperioden. Hovedtyngden av praksisstudiet ble da flyttet fra siste til andre studieår. Praksisstudiet på ni uker ved somatiske avdelinger ble lagt til 2. studieår. Denne endring gjorde også at praksisperioden ble avsluttet med eksamen, der studenten kartla problem og foreslo tiltak for en pasient ved posten. Studenten kjente ikke pasienten som møtte i eksamen.

For fysioterapeuter presiserer Rammeplanen at praksisstudiene hovedsakelig skal bestå i pasient-/klientrettet arbeid og gi studenter variert erfaring fra kommune-, institusjons og bedriftshelsetjeneste. Dessuten skal studiet ha en klinisk eksamen der pasientundersøkelse og -behandling inngår. Fysioterapeutstudenter i mitt prosjekt fulgte en Programplan der hoveddelen av praksisstudiene lå i siste studieår og omfattet to perioder av ni uker. Etter siste praksisperiode fulgte den avsluttende kliniske eksamen. I denne eksamen møter studenter en for dem ukjent pasient som de skal undersøke og behandle samt skrive journal for.

I sykepleierstudiet var omfanget av praksisstudiene 75 studiepoeng ($2\frac{1}{4}$ semester) og fordelt på alle studieår. Rammeplanen er mer detaljert om type og plassering av praksis og plassering i sykepleierstudiet enn i de andre utdanningene. Rammeplanen omtaler samarbeid med pasienter og pårørende som en del av praksisstudiet samt erfaring fra arbeidsfellesskapet. Studenter som deltok i mitt prosjekt fulgte en Programplan med tolv uker praksisstudier ved medisinsk seksjon i siste studieår. Sykepleierstudentene hadde ikke eksamen, men de fikk en vurdering på grunnlag av hva de hadde gjort i praksisperioden.

Praksis i Legestudiet ved Oslo Universitet omfattet hospitering (i stor grad observasjon) og klinisk smågruppeundervisning (legen underviser i pasientsituasjon for to til åtte studenter), utplassering og avdelingstjeneste. Avdelingstjeneste og utplassering er den praksis som var mest sammenlignbart med praksisstudier i de andre profesjonsutdanningene. Etter godkjent 9. semester søker legestudenter om studentlisens for å utføre selvstendige oppgaver som lege. I 10.semester er studentene utplassert i alt tolv uker (18 studiepoeng) hos en allmennlege og ved samarbeidende lokalsykehus. Der blir studenter undervist, veiledet og deltar i arbeidet

under instruksjon av ansvarlig lege. I 11./12. semester har studentene fire ukers avdelingstjeneste ved et Universitetssykehus, der de assisterer og observerer leger i arbeid. De skulle også utføre tildelte oppgaver som å undersøke pasienter, skrive journal, praktiske prosedyrer og delta i annet arbeid. I løpet av avdelingstjeneste skulle hver student undersøke, bestille prøver, tolke prøvesvar, følge opp og forslå behandling for minst fem pasienter. Studentene inkludert i mitt prosjekt, hadde fire ukers avdelingstjeneste i 11.semester ved medisinsk seksjon. I min fremstilling bruker jeg benevnelsen praksisstudier også om legestudenters avdelingstjeneste.

I Rammeplanene varierer krav til veiledning og vurdering av studenter. For ergoterapeutene heter det at praksisstudier skal inkludere ukentlig veiledning, primært av en autorisert ergoterapeut. For fysioterapeutstudenter gjelder at de skal ha jevnlig veiledning av kompetent og autorisert fysioterapeut for å sikre faglig progresjon. Praksisstedet har ansvar for at sykepleierstudenter får daglig veiledning av en kompetent veileder og fortrinnsvis sykepleier. Rammeplanene fremhever kontakt mellom utdanningsinstitusjon og praksissted for alle tre studier. Sykepleierstudiet krever at utdanningens lærer var jevnlig tilstede ved praksisstedet. I følge Legestudiets plan skal leger og spesialister veilede legestudenter. En av avdelingens overleger har ansvar for at studenter og turnusleger får veiledning. Overleger ved sykehus har spesialistkompetanse, mens underordnede leger er i utdanningsstillinger som ledd i sin spesialistutdannelse. I min fremstilling bruker jeg assistentleger om leger i spesialisering (LIS).

4.2 Sykehuspostene

Dette avsnittet beskriver noen rammer for pasienters, personalets og studenters daglig aktivitet ved sykehuspostene. Postenes organisering, rutiner og redskap skaper rammer og samtidig er de del av mitt empiriske materialet. Materialet er hentet fra postenes informasjonsmaterieell til pasienter, ansatte og studenter. I tillegg har jeg sammenlignet og supplert med materiale fra feltnotatene. Deler av avsnittet er i hva Fangen (2004:220) kaller en realistisk fremstillingsgenre uten å være en objektiv beskrivelse. En slik objektivitet er ikke et mål for feltarbeid (Fangen 2004; Emerson et al. 1995). Måten stedene, aktørene og redskap blir beskrevet, vil derfor også være en del av min tolkning.

4.2.1 Organisering av profesjonsgruppene

Sykehus er delt i seksjoner/avdelinger som svarer til de ulike medisinske fagområder.

Vanligvis er sengeavdelinger igjen inndelt i poster. Når pasienter har behov for undersøkelse og behandling ved andre seksjoner, blir de henvist dit av postens leger. Hver post er en liten organisatorisk enhet med en fast gruppe sykepleiere og leger for postens pasienter. Pleierne ved prosjektets tre poster var inndelt i grupper. Antall grupper avhang avhenger i stor grad av postens størrelse. På dagtid hadde hver gruppe ansvar for noen pasientrom og i alt fem-syv pasienter. Gruppene fordelte ansvaret for praktiske oppgaver i postens drift, eksempelvis bestilling og mottak av mat, utstyr og medisiner, renhold av skyllerom og orden i medisinnrom og ulike lagre. Postene ble ledet av en sykepleier og hadde i tillegg en fagsykepleier. For å kunne dekke hele døgnet, var pleiernes døgn inndelt i tre skift/vakter. Flest pleiere var til stede på dagtid, mens om natten var noen få sykepleiere på vakt. Også om kvelden og i helger var bemanningen lavere enn i ukedagens arbeidstid. Vaktordningen gjør at pleiere kan ha fri i flere dager. Når de er tilbake på vakt, kjenner de ikke alle pasienter og deres tilstand.

Ved hver post har en overlege det formelle, overordnede medisinske ansvar, og ofte er legen også postens leder. En seksjons-/avdelingsoverlege har igjen ansvar for flere poster. Det kan være flere overleger, leger under spesialisering og turnusleger tilknyttet en post. Legegruppen deler døgnet og ukene mellom seg for å sikre pasienter tilgang til lege uansett tidspunkt. Det er vanlig at en lege har ansvar for flere poster i helger og på kvelds- og nattestid. Enkelte uker var legene ved en akutt post/mottak i stedet for ved posten der jeg var. Legers rullering mellom poster og deres skiftordning, gjør at leger med jevne mellomrom avspaserer en eller flere uker. Når legene kommer tilbake til posten, er det ikke gitt at de kjenner pasientene. Selv om intensjonen er at samme leger har ansvar for samme pasientgruppe ved posten, opplever pasienten ofte skifte av behandlende lege (Fugelli 2010).

Ergo- og fysioterapeuter er organisert på ulike måter ved sykehus. Ved de to aktuelle sykehus tilhørte ergoterapeuter og fysioterapeuter en organisatoriske enhet med henholdsvis en ergoterapeut/fysioterapeut som avdelingsleder. Vanligvis blir utvalgte pasienter henvist til ergo- og/eller fysioterapi av legen. Ved postene i prosjektet ble nesten alle pasienter vurdert av ergo- og fysioterapeut. Disse to profesjoner er gjerne organisert slik at hver post har faste ergo- og fysioterapeuter. Antall terapeuter som er tilknyttet posten avhenger av pasientenes sykdom og behov for ergo- og fysioterapi. Ved prosjektets poster var ergo- og fysioterapeuter

også fordelt mellom postens grupper. Terapeutene var til stede på dagtid i ukedagene. Unntaksvis hadde enkelte pasienter behov for og fikk fysioterapi også i helgene og om kvelden. Fysioterapeuter har av og til vakter og får da en enkelt fridag. Det vil si at både ergo- og fysioterapeuter hadde ansvar for en fast gruppe pasienter og kunne følge deres utvikling.

Kort oppsummert var det ved posten en gruppe med deltakere fra flere profesjoner som hadde ansvar for de samme pasientene på dagtid. Pasientene var fordelt mellom studenter, slik de var fordelt mellom profesjonenes ansatte. Et unntak var fysioterapeutstudenter ved Lien, som hadde pasienter fra fem ulike grupper. Et annet var unntak var legestudentene, som fulgte opp få og utvalgte pasienter uten hensyn til hvilken gruppe pasientene tilhørte.

Vanligvis kommer studenter i tillegg til bemanningen ved praksisstedet, slik som ved Lien. Ved Lien fikk studenter tildelt profesjonsrettede oppgaver av sin veileder, noe som er vanlig ved praksissteder. Den ene posten ved Ringen var Studenttett. Studenttett innebærer at studenter gjør mye av arbeidet som fast personell vanligvis utfører. Dette gjorde at det var færre ansatte sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter ved posten. Med andre ord var sykepleiernes bemanningsfaktor lavere enn vanlig fordi det var mange sykepleierstudenter. Sykepleierstudenter hadde både kvelds-, natte- og helgevakter. Resultatkapitlene viser studentenes mulighet for og deres deltakelse i postens virksomhet. Et poeng er at ved Studenttett post hadde studenter de samme oppgavene som profesjonens ansatte ellers ville hatt. Studenttett post ble opprettet fem år før feltarbeidet fant sted. Bakgrunnen var at Ringen sykehus hadde behov for bedre og mer forutsigbare behandlingsforløp for pasienter ved medisinsk seksjon. Posten bidro til å dekke utdanningenes behov for praksisplasser. Posten ble etablert i samarbeid mellom Ringen og utdanningsinstitusjoner for ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger, sosionomer og sykepleiere. Omorganiseringen av helseforetakene har gjort at postene ved Ringen og Lien ikke lenger eksisterer. Studenttett post skiller seg fra treningsposter som inngår i en rekke undersøkelser av tverrprofesjonelle praksisstudier, og som jeg har omtalt i avsnitt 1.1.2. Opprettelse av slike tverrprofesjonelle treningsposter var i regi av utdanningsinstitusjonene. Studenter i alle profesjoner fulgte vaktturnus for formiddag og ettermiddag. Videre hadde alle studenter ansvar for generelle oppgaver som matservering og pasientenes morgen-/aftenstell i tillegg til profesjonsrettede oppgaver.

4.2.2. Organisering av veiledere og studenter

Undervisning og veiledning er del av sykehusets ansvar og oppgaver (Helseforetaksloven 2001; Spesialisthelsetjenesteloven 1999) og er finansiert via helseforetakets grunnbevilgning. Ansvaret for å trekke studenter inn i profesjonenes lokale aktivitet og praksis er overlatt til personalet i de respektive profesjoner. Organisering og gjennomføring av veiledning og studenter deltakelse er ulik. Utdanningenes planer spesifiserer ikke omfang av veiledning og forholdstall mellom veileder og studenter. Derfor er det forskjell i hvordan veiledning ivaretas både mellom praksissteder og mellom utdanninger.

Fordeling og antall studenter og veiledere:

Profesjon	Ringens sykehus Studenttett post		Lien sykehus		Ringens sykehus Medisinsk post	
	Studenter	Veiledere	Studenter	Veiledere	Studenter	Veiledere
Ergoterapeut	4	2 x 0,6 = 1,2	2	2 *	0	
Fysioterapeut	4	1	4	1	0	
Lege	1	Ingen fast*	0		1	Ingen fast*
Sykepleier	28	12	2 - 4	2 - 4 *	0	
Sosionom	1	1 *	0		0	

Veiledere som er merket med * har veiledningsoppgaver i tillegg til klinisk stilling.

Ved Studenttett post hadde to ergoterapeuter hver ansvar for to studenter. De brukte ca 60 % av stillingen som veileder og 40% som klinisk ergoterapeut ved naboposten. En tredje ergoterapeut deltok i samtaler med studentene fire ganger i løpet av praksisperioden. De fire studentene ved Studenttett post hadde ansvar for ergoterapi i hver sin pasientgruppe. Ved Lien var to ergoterapeuter veiledere for hver sin student. Student og veileder var tilknyttet samme pasientgruppe, og de fordelte pasienter mellom seg. Ved begge sykehus var det alltid en veileder med når det var hjemmebesøk. En lærer fra høgsolen deltok i vurderingssamtaler med student og veileder noen timer i hver praksisperiode.

Fysioterapeutstudentenes veileder hadde ingen kliniske oppgaver når studentene var der. Hver student ved Studenttett post ivaretok all fysioterapi i hver sin pasientgruppe. Ved Lien fikk studenter tildelt pasienter fra fem pasientgrupper. Tre og en halv kliniske fysioterapeutstillinger dekket fysioterapi til postens pasienter ved Lien. Dette betød at studenten delte sine pasienter med pasientens primærfysioterapeut. Begge steder var det klinikk i to dager halvveis i praksisperioden sammen med en lærer fra høgsolen. Da presenterte hver student en fysioterapeutjournal og gjennomførte behandling av en pasient. Deretter fulgte en samtale mellom fysioterapeutstudentene, veilederen og læreren.

Veiledning for legestudenter var organisert ganske likt ved de to postene. En av postens overleger var formelt studentenes veileder. Men vaktordningen gjorde at legestudentene måtte følge leger som var ved posten når studenten var der. Studentene fikk derfor anledning til å følge flere leger i deres arbeid. Dette gjorde at veiledningen ble noe tilfeldig alt etter hvilke leger som var til stede. Veiledning av legestudentene skilte seg slik fra de andre profesjonene. Studentene kunne velge ut og følge enkelte pasienter. De kunne avlaste legene ved å utføre oppgaver som å rekvirere og innhente svar på undersøkelser og skrive utkast til en epikrise.

Ved Lien hadde hver pasient en primærsykepleier, og hver primærsykepleier hadde hovedansvar for flere pasienter. Sykepleiere som var veileder, hadde ansvar for en student, og veiledning kom i tillegg til andre oppgaver. Alle steder deltok sykepleiere alltid i håndtering av medikamentell behandling og i praktiske prosedyrer som studenter ikke har tillatelse til å utføre. Vaktordningen gjør at studentens veileder ikke alltid var på jobb når studenten var der. Studentene hadde flest dagvakter og noen kveldsvakter. Ved Studenttett post hadde studenter også enkelte nattevakter. Her var sykepleierstudentene delt i fire grupper som hver hadde ansvar for en av postens fire pasientgrupper. Hver gruppe hadde tre sykepleierveiledere. Her var pleiefaktoren lav og vaktordningen gjorde at det var få sykepleiere der på dagtid. Ved Studenttett post var sykepleiere på dagvakt med i pleie og behandling for pasienter med særskilte behov. På andre vakter arbeidet veilederne fullt. Det var et mål at de samme studentene og en veileder hadde hovedansvar for en pasient. En lærer fra høgskolen ledet forventnings- og vurderingssamtaler og veiledet studentene i oppgaver fra høgskolen. Ved Studenttett post var læreren tilstede tre dager i uken, og ved Lien deltok en lærer i veiledningssamtale ukentlig.

4.2.3 Pasientene

Alle tre poster tilhørte medisinsk avdeling/seksjon ved Universitetssykehus. Til postene kom medisinsk stabile pasienter for videre utredning og oppfølging fra andre poster, avdelinger og sykehus. Naboposten til Studenttett post fikk i tillegg enkelte pasienter direkte fra sykehusets mottakelsesavsnitt. Pasientenes problemstillinger hadde mange likhetstrekk. Mange var eldre og hadde sammensatte lidelser som gjorde at undersøkelse og tiltak ofte involverte alle fire profesjoner. I tillegg trengte mange bistand fra andre profesjoner som sosionom og logoped, samt undersøkelse og behandling av andre spesialister og seksjoner. Pasienter ved Ringen var gjennomgående noe eldre enn de ved Lien. De fleste pasienter ved Lien var i en tidlig

rehabiliteringsfase, og de var innlagt i lengre perioder enn ved de to andre postene. Pasienter ved de andre postene trengte utredning, behandling og startet ofte rehabilitering. Alle steder trengte pasienter oppfølging ved utreise enten de skulle hjem, til korttidsplass i sykehjem, daghospital eller rehabiliteringsinstitusjon. Etter hjemkomsten trengte flere fortsatt medisinsk oppfølging. De fleste trengte også kommunale tjenester som hjemmesykepleie, hjemmehjelp, ergoterapi og fysioterapi. Flere trengte å få gjort små og større endringer i sin bolig.

4.3 Hverdagen ved praksisstedene

Dette avsnittet er ment å gi leseren oversikt over postenes møtestruktur og felles redskap som profesjonene brukte i sin samhandling. Postenes tverrfaglige fora har en særlig interesse for mitt prosjekt. I sykehus blir det brukt mange former for dokumentasjon og skjema. Jeg har lagt vekt på felles skjema som ble brukt i tverrfaglige fora, og elektronisk pasientjournal.

4.3.1 Tverrfaglige møtefora

Alle postene hadde faste møter i profesjonen, og møter der to eller flere profesjoner deltok. Dette var formelle fora for informasjonsutveksling, samtale, diskusjon og vurdering av kartlegging, behandling, pleie, pasientenes tilstand, ønsker og behov. I mange av møtene ble det fastsatt problem, videre planer og tiltak for pasienten. Møtene var også med å strukturere de profesjonelles arbeid og hverdag. I møtene ble det brukt redskap som kurvebok, skjemaer og elektronisk pasientjournal. Nedenfor er møteoversikter som viser hvilke profesjoner som deltok og hvem som var møteleder. Ukeplan for møter der to eller flere yrkesgrupper deltok:

Studenttett post ved Ringen

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Tverrfaglig morgenmøte: alle uten lege. 4 grupper	Tverrfaglig morgenmøte: alle uten lege. 4 grupper	Tverrfaglig morgenmøte: alle uten lege. 4 grupper	Tverrfaglig morgenmøte: alle uten lege. 4 grupper	Tverrfaglig morgenmøte: alle uten lege. 4 grupper
Tverrfaglig previsitt: alle. 4 grupper	Previsitt: lege, sykepleier (fast). 4 grupper	Previsitt: lege, sykepleier (fast). 4 grupper	Tverrfaglig previsitt: alle. 4 grupper	Previsitt: lege, sykepleier (fast). 4 grupper
Legevisitt: Lege, sykepleier. 4 grupper	Legevisitt: Lege, sykepleier. 4 grupper	Legevisitt: Lege, sykepleier. 4 grupper	Legevisitt: Lege, sykepleier. 4 grupper	Legevisitt: Lege, sykepleier. 4 grupper
				Lunsj: alle
Tverrfagligmøte ved behov: alle i gruppen	Tverrfaglig undervisning: alle		Tverrfagligmøte ved behov: alle i gruppen	

Alle møter var knyttet til en pasientgruppe. Morgenmøte ble ledet av en sykepleierstudent.

Previsitt og Tverrfaglig previsitt ble ledet av en lege. Tverrfaglig møte og Tverrfaglig undervisning ble ledet av en student, og møteledelsen rullerte mellom profesjonene.

Lien sykehus

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Previsitt: kun lege, sykepleier	Previsitt: kun lege, sykepleier	Previsitt: kun lege, sykepleier	Previsitt: kun lege, sykepleier	Previsitt: kun lege, sykepleier
Legevisitt ½ post: lege, sykepleier		Legevisitt ½ post: lege, sykepleier		
Tverrfagligmøte ½ post: alle	Tverrfagligmøte ½ post: alle			Lunsj: alle, unntatt ergo- & fysioterapeuter

Previsitt ble ledet av en lege. Tverrfaglige møte ble ledet av sykepleierleder.

Fysioterapeutstudentene som hadde pasienter ved andre grupper, deltok i tillegg på tverrfaglige møte om morgenen, det vil si tre til fire dager i uken.

Ringens, Medisinsk post (nabo til Studenttett post)

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Tverrfaglig previsitt: alle	Previsitt: lege, sykepleier	Previsitt: lege, sykepleier	Tverrfaglig previsitt: alle	Previsitt: lege, sykepleier
Legevisitt: lege, sykepleier	Legevisitt: lege, sykepleier	Legevisitt: lege, sykepleier	Legevisitt: lege, sykepleier	Legevisitt: lege, sykepleier
	Tverrfagligmøte ved behov: alle i gruppen			

En overlege og eventuelt en lege under spesialisering ledet møtene ved denne posten.

Tverrfaglig morgenmøte

Denne møtetype fantes bare ved Studenttett post. Her møttes alle profesjoner som hadde pasienter i samme gruppe, unntatt legen. Posten hadde fire grupper, og det foregikk derfor fire møter parallelt fordelt på kontor, møterom og vaktrom. Møtet fulgte umiddelbart etter sykepleierens rapport der nattevakter, sykepleiere og sykepleierstudenter deltok. Hver morgen ble det delt ut en liste med gruppens pasienter. Møtedeltakerne noterte på listen hva som var aktuelt for deres pasienter. Etter møtet startet pasientrettet arbeid som morgenstell og PADL¹⁰

¹⁰ PADL står personlig aktivitet i daglig livet og blir brukt som kartlegging/trening ved ergoterapeut

Previsitt

Alle postene hadde revisitt. Revisitt er et formøte til etterfølgende legevisitt og erstattet dels legevisitt til pasientene. Ved Studenttett post var det fire grupper med pasienter. Det gjorde at to leger ledet hver sin revisitt i to grupper. Ved de andre postene var det to pasientgrupper, der ledet en lege hele revisitten. Sykepleierne deltok da på revisitt for den pasientgruppen som var deres ansvar og var derfor med i halve møtet. Vanligvis møtte en lege og pasientens primærsykepleier og de to profesjonenes studenter. Ved Ringen var det ikke uvanlig at personale og studenter fra andre faggrupper deltok når deres pasienter ble diskutert.

I revisitten gikk lege og sykepleier gjennom pasientene i gruppen og resultater fra laboratorieprøver og andre undersøkelser, for eksempel svar fra røntgenavdelingen. I tillegg ble pasientens medisiner og medisindoser endret og nye prøver og undersøkelser bestilt. I møtet refererte sykepleieren hva pasientene formidlet, hva personalet og særlig sykepleiere, hadde observert, registrert og vurdert. Det kunne være endringer i smerte, søvn, inntak av mat og drikke, humør, blodtrykk, temperatur, urin, hevelser og vekt. Legen kom med vurderinger på grunnlag av prøvesvar og sin undersøkelse av pasienten. Opplysninger fra pårørende og deres behov for informasjon ble også tatt opp. Ofte ble spørsmål om planer for behandling under og etter sykehusoppholdet tatt opp samt utreisedato. Møtet var i et rom med tilgang til elektronisk pasientjournal. I møtet ble kurveboken brukt til å sjekke og bestille prøver, samt føre opp endret medikamentell behandling. Felleskatalogen og Norsk Legemiddelhåndbok ble flittig brukt. Møtedeltakere brukte listen over pasientene til å notere ting de skulle huske.

Tverrfaglig revisitt

Dette møtefora var bare ved Ringen. Her var alle postens profesjoner til stede. Hensikten var å få frem informasjon, resultat og vurderinger knyttet til pasientene i tillegg til de klinisk medisinske forhold. Her ble det fastsatt problem, videre planer, behandling og oppfølging, ikke minst etter sykehusoppholdet. Var det behov, ble det fastsatt et Tverrfaglig møte om enkelte pasienter eller et nettverksmøte med kommunen. Møtet var i samme møterom som revisitten, og det ble brukt samme redskap. Ved Studenttett post møtte studenter som hadde ansvar for pasientgruppen som ble gjennomgått. Veilederne var ikke alltid med, men en sykepleier var oftest tilstede. Studentene presenterte profesjonens data og vurderinger, og de stilte og besvarte spørsmål knyttet til pasientene. Legen forklarte medisinske forhold.

Legevisitt

Legevisitt er et møte mellom pasient, lege og sykepleier. Andre profesjoner kunne delta. Dette skjedde ikke ved Lien. Ved Lien kom pasienten til et undersøkelsesrom, hvis pasienten ikke var helt sengeliggende. Ved Ringen var legevisitten på pasientens rom. Legestudentene fulgte alltid med når de var der. Sykepleierstudentene var med til sin pasientgruppe. Av og til var ergo- eller fysioterapeutstudentene med til pasienter som var deres ansvar. Legevisitten ga legen anledning til å snakke med pasienter, forklare og formidle diagnoser, vurderinger og videre tiltak. Legen benyttet også møtet til å gjøre små undersøkelser, som å observere farge, hevelser og bevegelser, lytte på hjerte og lunger eller kjenne puls, hevelser og magen.

Tverrfaglige møte

Hensikten med møtet var å bli enige om hva som skulle skje med pasienten fremover og få et bilde av pasientens tilstand og funksjon. Alle profesjoner med ansvar for pasienten deltok. Ved Lien var Tverrfaglige møte det eneste forum der alle profesjoner deltok. Alle pasienter ved Lien ble gjennomgått en gang i uken i Tverrfaglig møte. Hver uke var det ett møte for hver av de to pasientgruppene. Ved Studenttett post var det avsatt møtetid to ganger ukentlig til Tverrfaglig møte. Men møtet ble kun gjennomført når noen ønsket å vurdere og diskutere problem og tiltak for en av pasientene. Med andre ord var Tverrfaglig møte aktuelt når Tverrfaglig previsitt var utilstrekkelig for å vurdere pasienters situasjon og oppfølging.

Ved Studenttett post brukte de Sunnaas ADL Index for å vurdere pasientens funksjon. De hadde et Planskjema der pasientens mål, delmål og tiltak ble ført inn av møteleder. Etter møtet ble skjemaene lagt i kurveboken. I møtet fylte studentene ut en kopi som de oppbevarte på kontoret. En student ledet møtet og møteledelse rullerte mellom profesjonene.

Ved Lien skrev de et kort Referat for hver pasient fra Tverrfaglig møte. Referatet var noen linjer om status, mål og tiltak for de nærmeste uker og lå i elektronisk pasientjournal. En sekretær skrev Referatet og det ble vist på storskjerm i møtet. Ved Lien brukte de et skjema for å vurdere pasientens funksjon to til tre ganger i løpet av innleggelsen. Dette Funksjonsskjema lå i kurveboken. Legen ledet utfyllingen av Funksjonsskjemaet, ellers ledet sykepleierleder møtet. I møterommet var det tilgang til EPJ og resultat fra prøver og undersøkelser. Kurveboken ble sjelden brukt i dette møtet. Også ved Lien brukte deltakerne pasientlisten til å notere på.

Tverrfaglig undervisning

Tverrfaglig undervisning var et fast innslag hver uke ved Studenttett post. Ansvaret for undervisningen gikk på rundgang mellom profesjonene. Studentene underviste hverandre og valgte selv hva de ville ta opp og hvordan. Antall sykepleierstudenter gjorde at gruppen hadde ansvar for undervisningen noen flere ganger. Fordi undervisningen var om ettermiddagen, var ikke legestudentene med. Derfor underviste turnuslege eller overlege når legene stod for tur. Ved Lien pleide en ergoterapeut å forelese én time én gang i måneden. De redegjorde for hva ergoterapi er og ergoterapeutenes arbeid i avdelingen. Studenter fra andre profesjoner ble særskilt invitert. En annen målgruppe var nyansatte fra andre yrkesgrupper.

Møter med pasient, pårørende og eksterne institusjoner/kommunehelsetjenesten

Når pasienter hadde behov for det, ble det innkalte til et nettverksmøte med pasienten, pårørende og kommunehelsetjenesten. Hensikten var å planlegge og å koordinere pasientens utreise og videre behandling, opptrening og oppfølging etter hjemkomsten. Opphold på daghospital, rehabiliteringssteder, sykehjem og boligendringer ble tatt opp når det var aktuelt. Ved Lien ble møtet ledet pasientens primærsykepleier. Også lege og sosionom deltok og unntaksvis andre profesjoner. Ved Ringen deltok alle profesjoner som behandlet pasienten. Ved Studenttett post møtte studentene med ansvar for pasienten. En sykepleier var tilstede og ofte også en lege. Av hensyn til pasientene deltok ikke jeg i disse møtene.

Lunsjpauser

Mange samtaler skjedde i lunsjpauser der gjerne en profesjon er samlet. Ved Lien hadde sykepleierne et pauserom. Hver fredag laget de felles lunsj på vaktrommet, og da kom leger, logoped og sosionomer. Pleierne laget et velsmakende felles måltid som alle spleiset på. Ergo- og fysioterapeuter la lunsjen til henholdsvis møterom og felles kontor nær sine lokaler. De eneste som spiste lunsj sammen med profesjonens ansatte var ergoterapeutstudenter. Fysioterapeut- og sykepleierstudenter satt helst i et annet rom enn ansatte når de skulle spise. Hver fredag serverte fysioterapeutene et enkelt måltid i treningsalen, og da deltok også fysioterapeutstudentene.

De fleste ved Ringen la lunsjpause til kantinen. Personalet satt sammen med kollegaer fra profesjonen eller posten. Studenter og turnusleger satt ofte ved samme bord. Flere veiledere satt gjerne sammen med studentene. Andre ganger spiste studenter og veiledere sammen i et

møterom på posten. Ved Studenttett post ble det spleiset på felles lunsj hver fredag, ansvaret for å maten rullerte mellom profesjonene. Lunsjen var i et møterom og her deltok alle.

4.3.2 Felles redskap

I tverrfaglige fora ble det brukt flere former for skjema og dokumenter. Noen dokument ble fylt ut i fellesskap i møtet, enkelte hadde alle kopi av og skrev på, mens noen dokumenter ble fylt ut av bestemte profesjoner. Oversikt for felles redskap som ble brukt i tverrfaglige fora:

Møte Type	Tverrfaglig møte Lien	Tverrfaglig møte Ringen	Tverrfaglig previsitt Ringen	Previsitt Ringen	Previsitt Lien	Tverrfaglig morgenmøte Ringen
Felles vurderings-skjema	Funksjons-skjema Referat	Sunnaas ADL Index Planskjema	Planskjema			
Pasient-liste	x	x	x	x	x	x
Kurvebok	Eventuelt	Eventuelt	x	x	x	
Elektron. pasient-journal	x	Sjelden	Eventuelt	Varierende	x	

Pasientlister

Listen over innleggende pasienter ble oppdatert hver morgen og var tilgjengelig elektronisk. Personalet og studenter som hadde pasienter, skrev ut og makulerte en liste daglig. Aktørene brukte listene til å notere opplysninger som de ønsket å huske og oppgaver de skulle utføre. Ved Ringen var navn, diagnoser og innleggelsesgrunn oppført i listen. Dessuten stod planlagt utreisedag, hvor pasienten skulle, samt eventuelle behov for oppfølging ved utreise. Ved Lien stod i tillegg opplysninger om behov for assistanse og hjelpemidler under innleggelsen.

Kurvebok

For hver pasientgruppe ved posten fantes det en Kurvebok. Kurveboken var en ringperm, der hvert av postens pasientrom og sengenummer var delt med skilleark. Materiale om pasienten ble plassert utfra pasientens rom og sengenummer. Permen skulle ligge på vaktrommet når den ikke var i bruk på medisinerrommet, i Previsitt, Legevisitt, Tverrfaglig møte eller av legen. For hver pasient lå det et skjema med opplysninger, et skjema for medikamentell behandling et skjema for observasjoner og flere skjema med prøveresultat. Kurveboken er formelt en del av journalen. En lovpålagt dokumentasjon er skjemaet for rekvisisjon, registrering og kontroll av pasientens medikamentelle behandling. Dette skjemaet ble brukt daglig av pasientens lege og sykepleiere. Legen forordnet medikamentell behandling, og sykepleieren førte inn når/om

medikamentet, infusjonsvæske og annet var administrert. Legen rekvirerte enkelte prøver og undersøkelser på pasientens skjema i Kurveboken, men de bestilte oftest prøver elektronisk. Prøvesvar fra laboratorie-, røntgen- og andre spesialistundersøkelser kom også elektronisk stort sett. Utskrifter av EKG og EEG målinger lå i Kurveboken. Sykepleiernes daglige registrering av temperatur, blodtrykk, blodsukker, vekt, ernæring og væskeinntak/-utskillelse og lignende, lå i et observasjonsskjema i Kurveboken. Slike daglige målinger ble plottet inn og ga en grafisk fremstilling – en kurve. Før i tiden ble observasjonsskjemaer festet på en plate som hang på pasientens seng. I dag er disse ‘kurvene’ samlet i en perm som er opphøvet til benevnelsen: Kurvebok. I fremtiden vil også Kurveboken bli elektronisk (St.meld. 47(2008-9) 2009; Meld. St. 9 (2012-13) 2012).

Ved Studenttett post ble utfylte skjemaer fra Tverrfaglig møte, Sunnaas ADL Index og Planskjema, lagt i kurveboken. Her plasserte de også profesjonenes ulike skjema med resultat som demenstest, depresjonstest, balansetest og smertekartlegging. Ved Lien lå slike tester i elektronisk journal sammen med Referatet fra Tverrfaglig møte. Mens skjemaet for Funksjonsvurdering fra Tverrfaglig møte lå i Kurveboken.

Elektronisk pasientjournal, EPJ

I pasientens journal inngår alt som skrevet om alle sider ved undersøkelse og behandling og som lagres og har en formell status i sykehus (Berg & Bowker 1997). Lagringen er enten i dokument eller elektronisk. Lagringsmåten vil i nær fremtid være elektronisk pasientjournal (EPJ) (Christensen 2009; Meld. St. 9 (2012-13) 2012). Fordelen med EPJ er at den skal gi rask tilgang til korrekt og oppdatert data om pasientens tilstand, behandling og undersøkelser, både det som er utført, resultater av dette og videre planer. For leger er dette et nøkkelverktøy for ta kliniske beslutninger ved å sammenstille data og vurderinger fra ulike kilder. Via EPJ var det også dokumentasjon fra innleggelser ved andre avdelinger/sykehus. Resultat fra kliniske medisinske undersøkelser lå i EPJ. En utskrift av laboratorieprøver lå også i Kurveboken. Svar på de fleste spesialist- og røntgenundersøkelser lå i EPJ. I pasientens journal har hver profesjon et område der de legger sin informasjon om pasienten.

Ringen og Lien brukte ulike system for elektronisk pasientjournal (EPJ), men disse hadde flere felles trekk. I utgangspunktet gir EPJ profesjonene tilgang til all nødvendig informasjon som sykehuset har om pasienten. Enkelte opplysninger er unndratt, som notat fra psykiatriske

enheter. De som har tilgang til EPJ logger seg inn med sitt passord. Ved Ringen hadde ikke lege- og sykepleierstudentene fått passord til EPJ, og derfor ble de logget inn av henholdsvis lege og sykepleier. Slik pleide det være for sykepleierstudenter, og i hverdagen fungerte dette uten problem. Andre studentgrupper hadde tilgang på lik linje med profesjonens ansatte. Når et dokument var godkjent med elektronisk signatur, var dette lagret og lot seg hverken endre eller slette. Alt som studenter skrev i EPJ, godkjente veileder før lagring. I EPJ fremgikk det alltid hvem som hadde skrevet/godkjent et notat. Ved Lien var det synlig for alle profesjoner når et nytt notat eller materiale var lagt inn. Der kunne de også lete opp hvem som hadde lest materialet. I EPJ skrev profesjonene inn data og vurdering om pasientens tilstand, kartlegging, behandling, pleie, oppfølging og planer. I systemet lå en del maler/skjema for undersøkelse, tester og vurdering som ulike profesjoner brukte. Dette var nesten komplett utviklet ved Lien.

Legene brukte ofte diktafon for inntaksjournal, større notat, søknader og epikriser som en sekretær skrev og la i EPJ. Legen leste, godkjente og eventuelt korrigert så innholdet. Melby (2007) har belyst prosessene rundt legers journalskriving. I tiden etter Melby innhentet sine data, er det blitt vanligere at leger skriver direkte inn i EPJ (St.meld. 47(2008-9) 2009; Finjord 2011; Meld. St. 9 (2012-13) 2012). De andre profesjonene skrev og godkjente selv det de la i EPJ. Sykepleierne skrev daglig et notat om hver pasient om hva de hadde observert og utført i løpet av vekten. De skrev inkomstnotat etter sitt første møte med pasienten og laget pleieplan for pasienten. Pleieplanen ble justert fortløpende. Når en pasient reiste, skrev sykepleieren en epikrise/utskrivningsbrev som ble sendt med pasienter som skulle følges opp etter utskrivning i kommunehelsetjenesten og andre institusjoner. Ergoterapeuten skrev referat fra sin kartlegningssamtale, samt notat med resultat og vurdering etter kognitive tester og observasjon av PADL i morgenstell og kjøkkenaktiviteter. De skrev inn mål og tiltak for pasienten. Ved Lien skrev ergoterapeutene hver uke et notat for pasienter som de trente. Ved Studenttett post skrev ergoterapeutene daglig et notat. Fysioterapeutene la inn sin funksjonsvurdering, mål for pasienten og tiltak utfra undersøkelse og tester. De skrev daglig et kort notat om behandling og trening. Både ergo- og fysioterapeuter skrev epikriser til sin profesjon hvis pasienten skulle ha oppfølging og behandling fra profesjonen etter utreise. Studentene skrev og la inn materiale om sine pasienter som personalet. Ved Studenttettpost var det derfor ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudenter som skrev for profesjonen. Ved Lien skrev de ofte i tillegg til profesjonens ansatte. Legestudentene skrev enkelte journaler, notat og epikriser.

Tverrfaglig vurderingsskjema for pasientens funksjon

Både Lien og Studenttett post brukte et skjema for å lage en samlet kartlegging av pasientens funksjon. Skjemaet ble fylt ut i Tverrfaglig møte. Ved Lien ble **Funksjonsskjemaet** utfylt uken etter innleggelse, midtveis i oppholdet og like før utreise for alle pasienter. Ved Studenttett post ble **Sunnaas ADL Index**¹¹ brukt og skjemaet kun fylt ut for pasienter som ble diskutert i Tverrfaglig møte. I begge skjemaer ble funksjonene gitt en skåre fra 1-3 ut fra bestemte kriterier. Funksjonsskjemaet ved Lien var detaljert og hadde 28 delfunksjoner. Brorparten av kategoriene i skjemaet kan klassifiseres som funksjon på organnivå, og enkelte som aktivitet, ifølge WHO's klassifiseringssystem ICF (Sosial- og helsedirektoratet 2003). Sunnaas ADL Index omfatter 12 punkter og skårer mer daglige gjøremål enn organfunksjon. Utfylte skjemaer ble lagt i Kurveboken. Ved Lien laget pasientens ergo- og fysioterapeut en kopi av skjemaet i møtet. Ved Studenttett post fylte ergoterapeut- fysioterapeut- og sykepleierstudenter ut en kopi av Sunnaas ADL Index, som de oppbevarte sammen med profesjonens tester av pasienten.

Ved hjelp av skjemaene ble et utvalg av funksjoner/daglige gjøremål gitt en tallverdi. Skåringene ble gjort på grunnlag av deltakeres kunnskap fra deres/profesjonens samtale, undersøkelse, observasjon, test og oppfølging av pasienten. Før møtet kjente noen til opplysninger fra andre profesjoner. Skjemaene var en del av deltakernes problemfastsetting og ble brukt som grunnlag for å planlegge oppfølging av pasienten.

Tverrfaglig skjema for mål og planer

Med utgangspunkt i skåringene i Funksjonsskjema/Sunnaas ADL Index nedfelte deltakerne mål, tiltak og i noen grad problemområde i Referat ved Lien og i Planskjema ved Ringen. Ved Studenttett post brukte de **Planskjema** til å fastsette pasientens hovedmål, mer konkrete delmål og profesjonenes videre tiltak. Ved siden av tiltaket ble det anført hvilke profesjon som hadde ansvaret, enten det var undersøkelse, pleie, behandling, trening eller planlegging av og oppfølging etter utreise. Skjemaet ble fylt ut i Tverrfaglig møte rett etter Sunnaas ADL Index var fylt ut. Etter møtet ble Planskjemaet satt i Kurveboken.

Lien brukte **Referat** om pasienten fra Tverrfaglig møte. Det ble skrevet noe kort om pasientens tilstand og endringer. Videre skrev de inn mål for behandling og opptrening for

¹¹ <http://www.sunnaas.no/fagfolk/temasider/faggrupper/ergoterapeut/Sider/sunnaas-adl-index.aspx>

den nærmeste tid. I Referatet sto hva pasienten klarte selv og type assistanse, hjelpemiddel og oppfølging som pasienten trengte. Referatet ble sendt elektronisk til alle møtedeltakerne. For hver pasient var det en ansatt som tok imot kommentarer, eventuelt justerte og deretter lagret Referat i EPJ. Ansvaret for Referatene fordelte deltakerne i Tverrfaglig møte.

Tavle og oppslagsbok

På alle vaktrom hang en tavle med romnummer og pasientnavn for hver pasientgruppe. Ved Ringen skrev de daglig opp navn på de sykepleierne som tilhørte gruppen, hvem som var dagens gruppeleder og pasientens primærsykepleier. Ved Studenttett post stod navn på pasientens sykepleier-, ergoterapeut- og fysioterapeutstudenter. Her ble det skrevet opp klokkeslett for eventuelle utreiser og spesialundersøkelser utenfor posten. Ved Lien var det også en tavle i korridoren. Her var bare rom- og sengenummer angitt og hvilke sykepleiere som hadde ansvar for disse. Under rom- og sengenummer skrev andre profesjoner tidspunkt for pasientens undersøkelse, behandling og gruppeaktiviteter. Tavlen ble fylt ut hver morgen. På alle vaktrom lå en ringperm som var en timeavtalebok. Hvis pasienten skulle til spesielle undersøkelser, skulle ha permisjon eller få fotpleie, ble dette skrevet i boken. Dersom det var avtalt hjemmebesøk, nettverksmøter og lignende, ble dette også skrevet inn.

4.3.3 Møter i den enkelte profesjon

Alle profesjoner hadde sine møter. Med jevne, og med litt ujevne mellomrom, var temaet drift og administrasjon. Studenter deltok ikke på disse møtene. Omtrent en gang i uken hadde hver profesjon fagmøte, og da kunne profesjonens studenter være tilstede. Ved Lien underviste sykepleierstudentene på ett fagmøte i løpet av praksisperioden. Ved Studenttett post deltok sykepleierstudenter ikke på sykepleiernes fagmøter mens jeg var der.

Ergoterapeutstudentenes møter

Ved Ringen hadde veilederne og studentene møte nesten daglig der de raskt gikk gjennom pasienter for å ta opp eventuelle uklarheter og stille spørsmål. I tillegg avtalte og fordelte studentene bruk av rom og testutstyr. Dagens pasientlister ble brukt i møtet. Fire ganger i løpet av praksisperioden hadde studentene to timers veiledning med en ergoterapeut. Da forberedte alle seg til å diskutere et tema knyttet til utdanningens læringsmål. En gang hver fjortende dag spiste studentene sammen med avdelingens ergoterapistab. Ved Lien hadde hver ergoterapeutstudent og veilederen møte én gang i uken. De snakket sammen om pasienter og

spørsmål studenten hadde mellom gjøremålene. Dagens pasientlister ble brukt i møtene. Begge studenter og veiledere hadde felles møte én gang, der de forberedte et tema knyttet til utdanningens læringsmål. Studentene spiste sammen med avdelingens ergoterapeuter.

Fysioterapeutstudentenes møter

Ved Studenttett post hadde alle studenter og veilederen møte nesten daglig i treningsrommet. Der gikk de gjennom pasienter, fordelte gruppetrening, avtalte å bistå hverandre og stilte spørsmål. Dagens pasientlister ble brukt i møtene. Ved Lien snakket studentene med veileder daglig om pasienter og spørsmål som dukket opp. Noen ganger i uken var det felles samtale knyttet til pasientundersøkelse og – behandling. Møtet var lagt til studentkontoret. Begge steder underviste studentene hverandre i et selvvalgt tema to til tre ganger i uken. Da benyttet de gjerne behandlingsrom og utstyret der.

Legestudentenes møter

Legestudentene var vanligvis med i seksjonens morgenmøte for leger og eventuelt møte ved røntgenavdelingen. Hver uke la en av seksjonens leger frem kasuistikker for diskusjon av medisinske problem. I møtet ble også mer administrative forhold diskutert. Morgenmøtet var lokalisert utenfor posten. Rett etter morgenmøte gikk legene legekantorene, der de leste i EPJ. Det var opp til legestudentene ved postene om de laget studentmøter for faglige diskusjoner.

Sykepleierstudentenes møter

Sykepleierne hadde rapport ved vaktskifter morgen, ettermiddag og kveld. I tillegg var det en rask gjennomgang av hva som skulle gjøres etter Previsitt. Rapporter ble gjennomført for hver pasientgruppe i henholdsvis vaktrom, undersøkelsesrom og møterom. Pasientlister og kurvebøker ble brukt i møtet. Ved Studenttett post var det forventet at studenter deltok og helst ledet rapportene. Ved Lien brukte sykepleierne mindre tid på muntlige rapport enn ved Ringen fordi sykepleiere leste elektronisk sykepleierrapport for sin pasientgruppe før rapporten. Her fulgte studenten sin veileder og ga rapport om sine pasienter. Mot slutten av praksisperioden fikk studenter lede rapporten. Ved Studenttett post skrev studentene daglig hva de ønsket å lære og gjøre etter morgenrapporten. Meningen var at mot slutten av dagen skulle en sykepleier vurdere det studenten hadde gjort. Ved Lien valgte studentene gjerne å ikke ha spisepause sammen med sykepleierne.

4.3.4 Postenes fysiske miljø

Ved Ringen lå Studenttett post en etasje under naboposten. Undersøkelsesrom, treningsrom og lege-, ergoterapeut- og fysioterapeutkontor var i samme etasje som pasientrommene. Ved Lien befant disse seg i etasjen under, men det var også kombinert legekontor og undersøkelsesrom, samt et treningsrom i samme etasje som pasientrommene. Ved Lien hadde ergoterapeutstudentene et kontor ved siden av ergoterapeutene, mens fysioterapeutstudentenes kontor lå litt vekk fra fysioterapeutenes lokaler. Studenttett post hadde to møterom, de andre ett. Et møterom ved Studenttett post brukte sykepleierstudentene som kontor. Fordi det var flere PCer der, fungerte det også som et felleskontor for andre studenter. Postene hadde et vaktrom, flere fire- og tosengsrom, samt noen få ensengsrom og noen rom med bad. Pasienter hadde spisestue og stue.

5.0 Samhandling ansikt til ansikt i tverrprofesjonelle møter

I dette kapitlet tar jeg for meg samhandling i tverrprofesjonelle møter ved postene. Jeg løfter frem typiske og vanlige situasjoner, tilbakevendende mønstre og variasjon i aktørenes samhandling ansikt til ansikt. Videre viser jeg hvordan møtepraksis og tilhørende skjema forbandt både profesjonenes aktiviteter og perspektiv. Empiriske eksempler illustrerer analytiske poeng og er også ment å trekke leseren inn i handlingsrommet ved postene. Jeg ønsker å få frem både hva slike møter handlet om og hvordan aktørene deltok. Spørsmål vil være: Hvordan skapte deltakerne felles interessefelt? Hvordan åpnet/avgrenset aktørene for sin og andres deltakelse? Hvordan bidro samhandlingen til å danne felles mening og praksis? Hvordan brukte deltakerne felles redskap i samhandling og meningsdannelse?

Profesjonelles observasjon og undersøkelse av og samtale med pasienten blir del av deres kunnskapsgrunnlag for å diagnostisere, kartlegge, behandle, pleie eller trene pasienter. Arbeidet krever utveksling, vurdering og sammenstilling av data og kunnskaper. Slik utveksling og sammenkjedning skjedde i stor grad i faste møtefora og uten pasienter tilstede. Tverrfaglige fora var derfor sentrale i studentenes erfaring fra profesjonenes samhandling ved praksisstedet. Uavhengig av sykehus hadde de faste møteforaene flere felles strukturelle trekk knyttet til både hensikt, tema og aktører (kap.4.3.1). Dette er å forvente, siden sykehus som organisasjon har en rekke felles trekk, og organisasjonen delvis styrer innhold og form i møter (Drew & Heritage 1992). Postene brukte foraene for å følge og planlegge pasienters tilstand og behandling. Stort sett møtte de samme profesjoner i de samme type fora uavhengig av sted.

Samhandling i tverrprofesjonelle fora dreiet seg om flere ting og kan deles i to hoveddeler. Den ene var saken, knyttet til pasienters problem og hva som skulle skje videre. Den andre handlet om hvordan de tilstedeværende deltok i samtale og diskusjon. Saken i møtene speiler den indre logikk i profesjonelles arbeid som Abbott (1988:40-) benevner: diagnose, vurdering og (be)-handling. I fastsetting av pasientens problem ble profesjonenes kunnskaper gjort relevante som grunnlag for vurdering, valg og gjennomføring av planer og tiltak. Disse kunnskapene bidro til å fastsette oppgaver, ansvar og viste til hvilke profesjoner som kunne delta i problemløsningene. Både hva som blir sagt, hvordan dette blir sagt og hvilken betydning som det som blir sagt får, blir styrt i samhandlingen i det enkelte møte (Järvinen & Mik-Meyer 2005; Wetherell, Taylor & Yates 2001). Måten som aktørene samhandlet, påvirket hva som ga mening i møtet og i den enkeltes praksis.

Ved postene ble problem og tiltak fastsatt i samhandling mellom aktører fra flere profesjoner. En utfordring var å skape felles handlings- og vurderingsgrunnlag for å hjelpe pasienten. En annen utfordring var knyttet til studentenes læring. Det vil si om møtepraksis og postens praksis åpnet for studentenes deltakelse. Tverrfaglige fora var sentrale i den lokale virksomhet og i meningsdannelse av hva praksis var og hva det ville si å være deltaker. I ulik grad åpnet møtepraksis for meningsdannelse og -forhandling over profesjonsgrensene i tverrfaglige fora. Møtepraksis er å forstå som en del av postens praksis.

Den lokale møtepraksis kan vi forstå som resultat av en type enighetsarbeid (Wadel 2008; Hollander & Gordon 2006). I analysene av samhandlingen har jeg brukt Wengers begrep (1998/2004) felles interessefelt, gjensidig engasjement i meningsforhandling, innordning og forestilling. Begrepsparet deltakelse og tingliggjøring (Wenger 1998/2004) har som analytisk ramme fått frem hvordan forståelse, praksis, fellesskap og ansvarlighet ble til ved å forbinde både profesjonenes aktivitet og perspektiv. For å belyse deltakernes samspill har jeg trukket inn oversettelse og omforming av språk i meningsdannelse (Säljö 2001; Carlile 2004), og bruk av forklaring og fortelling som bindemiddel i samtaler (Hollander & Gordon 2006). Et annet fokus i analysene av samhandling har vært grensearbeid (Gieryn 1983; Nielsen 1995).

To skjema var sentrale i interaksjonen rundt pasienten i Tverrfaglig møte. Ringen brukte Sunnaas ADL Index og Planskjema, mens Lien brukte Funksjonsskjema og Referat (kap.4.3.2). Grenseobjekt (Star & Griesmer 1989:393; Star 1989b:46) har tjent som analytisk begrep for å få frem hvordan felles skjema skapte forbindelser mellom profesjonene. Fordi grenseobjekt kan skape både handling og forhandling, er de nyttige for å forstå samhandling (Star & Bowker 1999:298), og blir sentrale når flere profesjoner deltar i pasientarbeidet.

Omfanget av samhandling ansikt til ansikt over profesjonsgrensene var større ved Ringen enn ved Lien, noe dette kapittel speiler. Studenttett post hadde flere faste tverrfaglige fora (kap.4.3.1). Likevel ble det brukt mindre tid på hver enkelt pasient i Tverrfaglig møte ved Lien. Et kjennetegn ved Lien er den systematiske bruk av elektronisk pasientjournal (EPJ). Dette gjorde noe med Liens møtepraksis. Analysene av samhandlingen ansikt til ansikt kan derfor ikke løsrives fra bruken av EPJ, som er tema i kapittel 6. Derfor er kapittel 5 og 6 nært forbundet. En annen forskjell var at i Tverrfaglig møte ved Lien var sekretæren med. Hun hentet frem dokumentasjon og skrev Referat for hver pasient i møtet. Underveis ble dette ble

vist på storskjermen ved bordenden. Etter møtet lå Referatet i pasientens elektroniske journal. Innholdet i Referatet hadde flere likheter med Ringens Planskjema (kap.4.3.2). Ved Ringen brukte de bare Planskjemaet når pasienten ble tatt opp i Tverrfaglig møte. Jeg starter derfor avsnittet fra Studenttett post og Lien med å beskrive rommet og typiske trekk ved deltakernes ankomst og bordplassering.

I tverrfaglige fora var det en liten samtalesekvens for hver pasient som ble gjennomgått. Jeg bruker slike rekonstruerte sekvenser fra feltnotatene i flere illustrasjoner. Disse eksempler sammen med sitat fra intervjuene og fokusgruppene gir et blikk inn i samhandlingen i tverrprofesjonelle møter og hva som fikk og ga mening i deltakernes praksis.

Kapitlet har to hoveddeler. Første del tar utgangspunkt i Tverrfaglig previsitt, Tverrfaglig møte og Tverrfaglig morgenmøte ved Studenttett post ved Ringen. Kapitlets andre del tar for seg samhandling i Tverrfaglig møte og Previsitt ved Lien. Sist i kapitlet følger en oppsummering. Jeg innleder hvert avsnitt med noen linjer om innholdet i avsnittet.

5.1 Tverrfaglige møter ved Ringen

Dette avsnitt viser at tverrfaglige møtefora var sentrale for å koordinere både profesjonenes aktivitet og knytte sammen deres praksis. Felles skjema bidro også til å forbinde oppgaver, ansvar og perspektiv over profesjonsgrensene. Ved Studenttett post tok ergoterapeut-, fysioterapeut - og sykepleierstudenter i stor grad over profesjonens oppgaver til forskjell fra legestudentene. Postens møtepraksis åpnet for at studentene deltok både i meningsdannelse og meningsforhandling. De var med å utvikle felles interessefelt om pasientene. Også her skilte legestudentene seg fra de andre studentene. Studentene brukte fagterminologi og teoretiske kunnskaper som støtte for å være deltaker i tverrfaglige fora. Ved Studenttett post oppsøkte deltakerne også hverandre utenfor faste fora for å spørre, informere, forklare, diskutere og vise. Direkte samhandling over profesjonsgrensene var en del av hverdagen ved Studenttett post. Ergoterapeut-, fysioterapeut - og sykepleierstudentene engasjerte seg i pasientforløpene og i hverandres praksis. Dette bidro til skape fellesskap og gjensidig ansvarlighet for felles pasienter og postens praksis.

5.1.1 Rom og stemning i tverrfaglige fora ved Studenttett post

Her beskriver jeg starten på en vanlig Tverrfaglig previsitt for å få frem de fysiske rammene for og stemningen i de tverrfaglige fora. Studentenes handlingsrom kommer også frem.

Gruppe 1 samlet seg i møterommet til Tverrfaglig previsitt slik de pleide to ganger i uken (kap.4.3.1). Midt i møterommet stod et bord med ti plasser ved hver langside og en plass ved hver kortsida. Rommet var nakent med flere store vinduer i den ene langveggen og med døren til rommet i motsatt vegg. Langs veggene sto ekstra stoler, en flippover og en liten hylle med ulike skjema, papir, Medisinsk Ordbok, Felleskatalogen¹² og Legemiddelhåndboken¹³. I hjørnet, øverst ved bordet sto en PC med tilgang til elektronisk dokumentasjon om pasientene.

En sykepleier logget seg inn på PC-en, som ga tilgang til pasientjournaler, samt svar på prøver og undersøkelser fra posten og andre avdelinger. Møterommet ble gradvis fylt, og etter hvert som møtedeltakerne kom, sa de hei, smilte og småpratet med hverandre. Flere hadde vært innom kjøkkenet og hentet en kopp kaffe. Også denne dagen var ergoterapeutstudent Anne-Es og fysioterapeutstudent Tor-Fs blant de første som kom. De satt seg midt på bordets langside med ryggen til vinduet. Anne-Es hadde med seg en perm med notater samt kopi av sine tester og undersøkelser av pasientene i Gruppe 1. Tor-Fs hadde med kopi av sine undersøkelser og tester for enkelte pasienter. Ergoterapeut Annette-E satte seg nederst ved bordet. Det var alltid flere sykepleierstudenter til stede, og i dag møtte fire av syv studenter fra Gruppe 1. To av dem satte seg ved Anne-Es og Tor-Fs. Mette-Ss satt seg nesten øverst ved bordet vendt mot vinduene. Ved siden av satt en sykepleierstudent som hadde med Kurveboken (kap.4.3.2). Mette-Ss hadde med sykepleierens inkomstperm for Gruppe 1, som inneholdt korte notat om pasientene. Nest sist kom assistentlege John-L og satte seg øverst ved bordet i nær PC-en, slik han pleide. Legestudenten kom sammen med John-L og satte seg ved siden av ham. Sist av alle kom sykepleier Lars-S, og som alltid plasserte han seg nederst ved bordet. Lars-S minnet studentene om at de skulle snakke og notere om sine pasienter. Alle hadde med en oppdatert pasientliste fra Morgenmøtet (kap.4.3.2). Under previsitten noterte de på sin pasientliste. John-L åpnet Kurveboken og så på papirene til den første pasienten. Deretter startet en samtalesekvens om den første pasienten, så fulgt en ny sekvens for hver pasient i Gruppe 1.

¹² Felleskatalogen inneholder omtale av legemidler i Norge, virkninger, bivirkninger og dosering. Utgis hvert år.

¹³ Norsk Legemiddelhåndbok utgis hvert år; sykdom og behandlingsforslag, legemiddelomtale og -behandling

Tilstede i Tverrfaglig previsitt var studentene og legen som hadde ansvar for pasientgruppen. Vanligvis deltok en sykepleier. Legen var møteleder. Det varierte om det var en ergo- og fysioterapeut til stede, og om flere leger møtte. Det var ingen fast rekkefølge i hvem som tok og fikk ordet i Tverrfaglig previsitt. Unntaket var de få gangene overlege Eli ledet møtet. Hun spurte hver profesjon i tur og orden. En typisk avslutning av samtalesekvensen om en pasient var at legen trakk en konklusjon og tok en beslutning på grunnlag av hva som hadde kommet frem i møtet. Stemningen var god, smil og latter kom ofte frem. Deltakerne hadde en uformell tone seg imellom, og de hadde øyekontakt med hverandre underveis i møtet.

I all hovedsak satt turnus- og assistentlegene øverst ved bordenden, mens overlegene plasserte seg ved bordets langsida. Studentenes veiledere satt gjerne nederst ved bordet. Veilederne kunne også være i møterommet uten å sitte ved bordet. Da var de tilsynelatende opptatt med noe annet, eksempelvis ved en PC. Jeg tolket dette som at veilederne brukte sin kroppslige adferd for hjelpe studentene til å være profesjonens møtedeltaker. Studentene fordelte seg nokså tilfeldig rundt bordet. Unntaket var legestudentene som alltid satt ved siden av legen som bladde og skrev i Kurveboken og var møteleder. Både studentene og personalet var klar over at bordplasseringen kunne påvirke hvem som sa noe. De som satt i nærmest legen, tok raskere ordet uten en direkte henvendelse. Vanligvis kom studentene lett til orde i tverrfaglige fora. Av og til ble de mindre erfarne legene og nyankomne sykepleierne ivrige i møtene, og da kunne studentene bli mindre aktive. Et trekk ved Studenttett post var at studentene hadde stort handlingsrom. Det er illustrerende at studentene endret bordplasseringen i Tverrfaglig previsitt som assistentlegen ledet, slik Tuva-Es beskrev:

Legen har sin faste plass på den ene enden av bordet, og hans høyre hånd ved sykepleieren som sitter med Kurveboken. Og så kommer de andre dryssende nedover bordet etter hvert. Men etter hvert så bevisst, så var det mange som: ok, nå snur vi på det her. Og så begynte vi bare å sette oss på plasser som egentlig noen andre pleide å sitte. Så ble det litt oppløst. Men da ble det veldig: ok, her må det være plass til legen og sykepleieren som skal sitte med kurveboken.

Studentene visste, men de ville ikke helt godta, at legen og sykepleieren satt sammen så de kunne se i Kurveboken sammen. Studentene ga et sterkt signal om at de var møtedeltakere ved å sette seg på plassene til denne legen og sykepleieren. For meg var det overraskende at studentene turte å bruke et så kraftig virkemiddel, og at dette ble akseptert. Episoden får frem at studentene erfarte postens miljø som trygt, aksepterende, romslig og noe uhøytidelig. Dette stod i kontrast til hva studentene fortalte om praksissteder der det var tydelige hierarkier som ble reflektert i faste sitteplasser. Kari-Ls mente slike steder til forskjell fra Studenttett post, var preget av det hun kalte *legenes autoritære, rare gamle idealer*. Ved andre praksissteder

erfarte studentene at de var observatør i tverrfaglige fora. Kapitlets andre del viser at dette var vanlig ved Lien. Studentenes kollektive handling var en markering av deres deltakerposisjon. De brukte kroppen til å vise at studentgruppen var med i postens virksomhet, og at de var trygge nok til å ville påvirke møtepraksis. Hva den perifere legitime deltakelse åpnet for (Lave & Wenger 1991/2003) ved posten, ble utfordret av studentene. De ville være noe mer enn observatører. Ved sin felles handling påvirket studentene sine muligheter som fulgte av deres perifere legitime deltakerposisjon. Studentenes handlingsrom ved Studenttett post kom fysisk til syne i måten de brukte bordplasseringen i tverrfaglige fora.

5.1.2. Utvikling av felles interessefelt - hva skal skje med pasienten

I tverrfaglige fora utviklet deltakerne felles interessefelt om pasienten. I møtet var pasienten et konkret utgangspunkt for å forstå problemet og hva som skulle skje videre. Samhandlingen åpnet for å bruke flere profesjoners kunnskaper og innfallsvinkel i kartlegging, behandling, trening og omsorg. Usikkerhet både i fastsetting av problem, tiltak og vurderinger kom frem. Deltakerne engasjerte seg i pasientens situasjon og hverandres forståelse. Samhandlingen var preget av anerkjennelse av deltakernes bidrag.

I illustrasjonen under er smerte et problem, men det sentrale er hvordan pasienten kan klare seg hjemme. Innledningsvis utelukket legen infeksjon som problem. Vurderingene omfattet pasientens smerte, mentale tilstand, hjelpebehov, boligsituasjon og gangfunksjon. Deltakerne støttet hverandres innspill som samlet ga grunnlag for at pasienten fikk medisin mot smerter. Måten som dette skjedde, er typisk. Legene justerte medisiner, som antidepressiva og smertestillende, ut fra andre profesjoners vurdering. Ergoterapeutstudentens vurdering av pasientens funksjon i hverdagen og kognitivt fikk her betydning for utskrivning og oppfølging i pasientens hjem. Andre ganger styrte andre profesjoners bidrag valg av tiltak under/etter sykehusoppholdet. I sekvensen er det en rekke tiltak: medisiner, trening, ganghjelpemiddel, hjemmebesøk¹⁴, hjemreise, oppfølging i kommunen og tilpasning av bolig. Et poeng er at John-L pekte på at pasienten blir tatt på alvor. I utsagnet lå en anerkjennelse av hva de sammen hadde lykkes med og til forskjell fra andre steder. Et trekk ved møtepraksis er slike positive utsagn og evalueringer av postens praksis og hverandres bidrag.

¹⁴ Hjemmebesøk betyr at pasient, pårørende, ergoterapeut samt eventuelt fysioterapeut og sykepleier drar hjem til pasienten for å se hvordan pasienten klarer daglige gjøremål og kommer seg rundt inne i og inn/ut av boligen.

Eksempel 1

<i>John-L</i>	<i>Prøvene er ok etter at vi skiftet antibiotika. Pasienten er engstelig og immobilisert.¹⁵</i>
<i>Tor-Fs</i>	<i>Han har gått mye i går. Jeg skal prøve krykker i dag. Har mindre smerte. Han er med i balansegruppe.</i>
<i>John-L</i>	<i>Hva slags type smerte er det?</i>
<i>Tor-Fs</i>	<i>Belastningssmerter.¹⁶</i>
<i>Mette-Ss</i>	<i>Skal han reise? Og hva med hjelpemiddel? Han er ustø og har smerter, men vil hjem</i>
<i>Tor-Fs</i>	<i>Ja, han kan få rullator for eksempel. Tor noterer på sin pasientoversikt.</i>
<i>Anne-Es</i>	<i>Jeg skal kartlegge pasienten, men han har smerter hele tiden, så jeg får ikke gjort alt.</i>
<i>John-L</i>	<i>Skal få hjelp for smerter i bena. (John skriver inn Paralgin forte i kurveboken. Alle noterer på sin pasientoversikt)</i>
<i>Mette-Ss</i>	<i>Han har ryggplager, har prolaps. (Mette ser i innkomstpermen).</i>
<i>John-L</i>	<i>Operasjon er ikke et aktuelt tiltak. Mulig er det polyneuropati¹⁷. Vi øker antidepressiva, Cipralax¹⁸. (John endrer dosen i kurveboken). Hva er MMS¹⁹? (til Anne-Es)</i>
<i>Anne-Es</i>	<i>Skårer dårlig på instruksjon, litt nedsatt hukommelse, vil ikke svare alltid. Setter viserne feil på Klokketesten. Vil bare spise når han har besøk. Gikk ok på kjøkkenet²⁰.</i>
<i>John-L</i>	<i>Kan reise neste uke (Alle noterer på sin pasientoversikt).</i>
<i>Anne-Es</i>	<i>Pasienten ønsker å få badet tilpasset. Vil det bli mulig for han å gå med en krykke?</i>
<i>John-L</i>	<i>Hva med hjemmebesøk?</i>
<i>Anne-Es</i>	<i>Jeg tar det med kommune-ergoterapeuten (Alle noterer på sin pasientoversikt)</i>
<i>John-L</i>	<i>Dette er første gang pasienten er tatt på alvor. Må ha tilrettelagt boligen. Han skal få hjemmesykepleie og dagsenter en gang i uken. (John leser fra Planskjemaet for pasienten fra Tverrfaglig møte)</i>
<i>Anne-Es</i>	<i>Er et problem at pasienten avviser hjelp.</i>
<i>John-L</i>	<i>Ja. Cipralax virker fullt etter 4-6 uker, men vi har jo merket effekt alt nå.</i>
<i>Anne-Es</i>	<i>Hjemmebesøk blir eventuelt etter at han er reist. Sier fra når det er bestemt.</i>
<i>John-L</i>	<i>Setter han opp utreise neste uke. (Alle noterer på sin pasientoversikt).</i>

Usikkerhetsmomenter og kompleksiteten ved pasientens situasjon kom frem i slike sekvenser og var ganske vanlige i tverrfaglige fora. En måte deltakerne reduserte sin usikkerhet på, var å spørre etter andres vurdering og komme med konkrete forslag. Dette kan forstås som en type sammenkjedingsarbeid (Strauss et al. 1997: 151-). Samlet bidro innspillene til felles vurdering og forståelse av problem og videre tiltak. Vi kan se dette som utvikling av felles interessefelt (Wenger 1998:77-/2004:100-) om pasienten. Slike felles interessefelt viste seg i deres engasjement for selv å forstå og å få andre til å forstå. Her fikk Anne-Es frem hva pasienten mestret og strevet med uten å angi skåringsverdiene fra MMS. Legen fikk frem effekt og forventet virkning av medisiner uten å bruke tallverdier for blodprøveresultatene. Deltakerne

¹⁵ Brukes når en person sitter eller ligger mye og har vansker med å bevege seg omkring i avdelingen

¹⁶ Ved plager fra muskler og skjelett angis ofte smerte som start-, belastnings- og/eller hvile smerte. Smerte i ben under gange benevnes belastningssmerter.

¹⁷ Neurologisk skade, gir nedsatt følelsessans i føtter evt. i hender, kan gi lammelse og smerte i samme områder

¹⁸ Cipralax er et preparat mot moderat depresjon

¹⁹ MMS (Mini Mental Test) og Klokketest brukes f.eks. ved hjerneskade og demens for å undersøke kognitive funksjon som hukommelse, språkforståelse, rom-retnings oppfatning, orienterings- og læringsevne

²⁰ Ergoterapeuter kan vurdere funksjon ved å la pasienten lage enkle matretter i treningskjøkken

gjenga ikke bare tallverdier fra tester og undersøkelser, men tolket gjerne data og bidrag for hverandre ved å beskrive og vurdere pasientens situasjon.

Møtepraksis var preget av anerkjennelse av hverandres bidrag og deltakelse i utvikling av felles interessefelt. Utvikling av felles interessefelt (Wenger 1998/2004) knyttet sammen både flere aktiviteter og perspektiv. Dette illustrer at formålet styrer hvilke kunnskaper som er relevante og blir kjedet sammen i profesjonelles praksis (Grimen 2008a). Felles interessefelt var resultat av sammenstilling av deltakernes kunnskaper om og vurdering av pasientens problem og mulige tiltak. Det varierte hvilke innspill som fikk betydning for pasientforløpet og meningsdannelsen. Ikke alle forslag ble vektlagt, og det varierte hvilke av profesjonene som bidro. Med andre ord åpnet møtepraksis for at deltakerne synliggjorde både hva de kunne og ikke kunne. De hjalp hverandre til å forstå hva profesjonenes bidrag innebar i pasientarbeidet. Vi kan se møtepraksis som eksempel på deltakernes gjensidige engasjement i meningsforhandling, som er sentralt i utvikling av praksisfellesskap (Wenger 1998:175/2004 :202). I sammenkjeding av vurderinger og perspektiv utviklet deltakerne felles forståelse og ansvarlighet for sin tverrprofesjonelle praksis, hvordan løse problem sammen.

5.1.3. Diskusjon om diagnose

I tverrprofesjonelle fora var det mulig for alle å bidra i diskusjoner om diagnose. Legens formelle medisinske ansvar for å fastsette diagnose var tydelig. Grensarbeid preget møtepraksis i liten grad, selv når indremedisinske kunnskaper var sentralt i felles interessefelt. Møtepraksis ga rom for å spørre, foreslå og vise usikkerhet og kreativitet. Anerkjennelse var knyttet til at bidraget betød noe for andres forståelse.

For helseprofesjonenes utøvere er pasientens diagnoser viktige som handlingsgrunnlag. Fastsetting av diagnoser er legenes ansvar (Helsepersonell-loven 1999, § 4) og er sentralt i deres kunnskapsbase. Tverrfaglige fora ble brukt til å vurdere diagnoser uti fra resultater av kartlegging og til å diskutere oppfølging og planer. Legen gjorde en samlet vurdering og konkluderte i møtene, slik beskrev eksempelvis Kari-Ls dette:

De var klare på hva de mente og hadde litt ulik oversikt over hvilke pasienter de kunne. Så de stolte på hverandres beslutninger når det gjaldt eventuelt: ' ja, han skal ut i dag'. Så det var slik det er jeg enig i, eller det vet du sikkert best. Av og til så hadde de [legene] diskutert det med hverandre hvis de var usikre. Jeg følte at det var konsensus som ble etablert på previsitten, da. Og selvfølgelig legen som hoved-? Hva heter det? som sjef. Men med absolutt relevante innspill fra resten av fagmiljøet.

Det vanlige mønstret var at beslutninger ble tatt på grunnlag av profesjonenes vurderinger som kom frem i møtet. Legene diskuterte seg imellom når tolkning og usikkerhet knyttet til

kliniske prøver og symptom krevet dette. Slike diskusjoner dukket opp på legekontor, vaktrom og i tverrfaglig previsitt/ previsitt hvis flere leger deltok. Utvalgte problem ble diskutert i form av kasuistikker i legenes morgenmøte. For eksempel fant Akre (2003) og Kivle (2009) i sin forskning at dialog og diskusjon kjennetegner legers måte å lære på i sykehus. Ved Ringen kunne legestudentene forstå en diagnose og vise til prøveresultater for å avklare diagnosen. Her er et illustrerende eksempel der diskusjonen gjaldt lavt stoffskifte:

<i>Andrea-Lo</i>	<i>Er dette for lav medisindose? (viser i Kurveboken til Per-Ls)</i>
<i>Per-Ls</i>	<i>TSH- verdier²¹ er mest å stole på.</i>
	<i>Foreslår å ta alle prøver som kan vise thyriodea²²-funksjon</i>
<i>Andrea-Lo</i>	<i>Vi øker medisin litt uansett. Er hypothyriose²³ utfra labbprøver</i>
<i>Per-Ls</i>	<i>Er diskusjon om andre prøver for thyroxin²⁴ kan tas i stedet</i>
<i>Andrea-Lo</i>	<i>Ikke forhøyet verdi. Mulig er pasienten underdosert. Litt tachycardi.²⁵</i>
	<i>Dette må jeg tenke på og diskutere med andre</i>

Tidvis ble legestudentenes forslag brukt av legen som ledet previsitten. I hovedsak var legestudentene opptatt av kliniske undersøkelser og resultat som ledet til diagnose, prognose og medikamentell behandling. Møtepraksis ved Ringen åpnet for at legestudentene kom med forslag og deltok i vurderinger. Likevel varierte det hvor synlig aktive de var.

Av og til kom sykepleierne og sykepleierstudentene med en diagnose som de fant i pasientens journal, men slike forslag ble sjelden vektlagt. I eksempel 1 er dette illustrert, der Mette-Ss nevner prolaps og legen utelukker operasjon. Dette kan tolkes som avvisning og en slags markering av legens ansvar for å stille diagnose og forklare årsaker. Med henvisning til Abbott (1988) kan denne overhøring tolkes som ledd i forsvar av legens juridiksjon. Men min empiri gir lite grunnlag for en slik tolkning. Heller ikke kan en forstå slik overhøring av diagnoseforslag som hva Nielsen (1994) kaller tilsiktet grensemarkering. Korte svar og små rettelser ble i liten grad oppfattet som avvisning. Korte faglige svar som ble gitt i tverrprofesjonelle fora, er mer lik utilsiktet grensemarkering (Nielsen 1994). Et hovedtrekk er at tverrfaglige fora åpnet for studenters forslag og utprøving. Gjennomgående forstod og godtok studentene at ikke alle forslag var relevante og aktuelle.

I illustrasjonen under, formidlet Berit-Ss ikke bare sykepleierens observasjon, men hun foreslo diagnose og tiltak ut fra sin vurdering. Hun hadde til og med fortalt pasienten at legen

²¹ TSH står for tyreoidstimulerende hormon og blir produsert i hjernen.

²² Thyriodea betyr skjoldbruskkjertelen

²³ Hypothyriose innebærer lavt stoffskifte

²⁴ Thyroxin er hormon som produseres i skjoldbruskkjertelen

²⁵ Tachycardi er en form for rytmeforstyrrelse i hjertet

vil snakke med henne om å kutte ut melk. Pasienten hadde langkommet KOLS²⁶ og magesmerter. Legenes vurdering avgjorde valg av undersøkelser. Men det var studentens forslag om melkeintoleranse som resulterte i et nytt tiltak, melkefri kost. John-L foreslo og redegjorde for en annen grunn til smertene. Men legene ble raskt enige om at pasienten ikke tålte undersøkelsen John foreslo. Det er ganske typisk at Kari-Ls var taus, selv om Anders-Lo talte legestudenten med i antall leger. Denne gang la jeg særlig merke hennes taushet fordi Kari-Ls hadde fortalt meg at denne pasientens sykdomsforløp var interessant. Sekvensen viser også at studentene ble regnet som deltakere. Overlegen lyttet og støttet sykepleierstudentens vurdering, og han gjorde som hun ønsket. Han snakket med pasienten om melkeintoleranse. I neste Tverrfaglige previsitt fikk Anders-Lo vite at magesmertene var vekk etter kostendringen og da utbrøt han: *Fint! Da gjør vi en provokasjonstest med melk.* En ting å merke seg er at overlegen inviterte til en mer prinsipiell diskusjon om hva pasienten tålte og synliggjorde sin usikkerhet. Ingen fulgte opp hans initiativ. I tausheten lå erkjennelse av at i situasjonen hadde indremedisinske forhold og kunnskap forrang. Lise-S prøvde å trekke inn Tor-Fs ved å vise til pasientens pust, men han nøyde seg med å bekrefte hennes observasjon. Tuva-Es lyttet og spurte om varigheten av kostutprøvingen og fikk svar av Berit-Ss. Avslutningsvis ga overlegen en liten forklaring som støttet sykepleierstudentens forslag. Deltakerne forstod at pasienten var alvorlig syk, og at i første rekke gjaldt det å helbrede lungebetennelsen.

Eksempel 2

<i>John-L</i>	<i>Hun trenger antibiotika i minst to uker. Er redusert på grunn av dårlig lungefunksjon, orker lite. Vil hjem, er det realistisk?</i>
<i>Berit-Ss</i>	<i>Er svak. Hun blir tungpusten bare av å sitte i stolen når sengen res. Gått ned 25kg på kort tid. Har magesmerter. På ernæringslisten står mye søt melk og geitost. Jeg spurte om laktoseintoleranse²⁷. Det hadde hun ikke hørt om. Hun har smerter etter hun har spist. Mulig at melk er årsaken?</i>
<i>John-L</i>	<i>Er pasienten blitt veiet?</i>
<i>Berit-Ss</i>	<i>Ja, bør veies en gang i uken</i>
<i>Anders-Lo</i>	<i>Kan være intoleranse som du sier. Kan ikke påvirkes med endring i medisiner, men er ok å prøve å endre mat</i>
<i>Berit-Ss</i>	<i>Noen av dere [legene] må si det, jeg har prøvd uten hell</i>
<i>Anders-Lo</i>	<i>Vi kan si det alle tre [Anders, John, Kari-Ls]. Men denne pasient tåler ikke kirurgi</i>
<i>John-L</i>	<i>Noen har abdominal angina. Hvis det er tette årer i tarmens blodtilførsel, så gir det iskemiske smerter²⁸ når tarmen skal arbeide</i>
<i>Anders-Lo</i>	<i>Angiografi²⁹ kan påvise om blodstrømmen er for liten til tarmen</i>
<i>John-L</i>	<i>Hun er for dårlig til angiografi</i>
<i>Lise-S</i>	<i>Jeg tenker også på pusteteknikken, hva med lungefysioterapi?</i>
<i>Tor-Fs</i>	<i>Ja, hun har dårlig pustemønster</i>

²⁶ KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) er en samlebetegnelse på en gruppe kroniske lungesykdommer som fører til hindret luftstrøm i luftveiene. Hoste, økt slimproduksjon og tung pust karakteriserer sykdommen

²⁷ Laktoseintoleranse betyr at en ikke helt tåler enkelte bestanddeler i melk

²⁸ Iskemiske smerter opptrer når vev i et organ ikke får tilstrekkelig oksygentilførsel

²⁹ Angiografi er en røntgenundersøkelse der det brukes kontrastvæske i blodårene

<i>Anders-Lo</i>	<i>Hvor mye kan vi utrede, når pasienten tåler så lite?</i>
<i>Berit-Ss</i>	<i>Vi prøver med å kutte melk. Jeg lykkes ikke å overtale henne, og har sagt at dere (ser på legene) vil snakke med henne</i>
<i>Anders-Lo</i>	<i>Ok med ost, men ikke søt melk og ikke geitost</i>
<i>John-L</i>	<i>Jeg har redusert Cortison³⁰ (til Anders-Lo)</i>
<i>Tuva-Es</i>	<i>Hvor lenge må hun kutte ut melk?</i>
<i>Berit-Ss</i>	<i>I to dager?</i>
<i>Anders-Lo</i>	<i>Ja, kutte ut i to dager, så prøv melk igjen. På verdensbasis er det bare skandinavene og noen i Afrika som tåler melk i voksen alder</i>

Samhandlingen i sekvensen over er ganske typisk for møtepraksis og speiler også postens praksis. Flere kunne bidra til å fastsette diagnoser og tiltak. Forslaget fra en sykepleierstudent ble avgjørende for tiltaket. Studentene kunne, som Berit-Ss, ta initiativ til vurdering og de fikk ofte anerkjennelse for innspill. Eksempelvis når fysioterapeutstudenter avdekket hjerneslag og brudd, og når ergoterapeutstudenters tester viste kognitiv svikt. Ansatte støttet og fremmet studenters involvering uavhengig av profesjon. Sekvensen viser også at indremedisinske forhold kunne prege diskusjonen i Tverrfaglig previsitt. Flere pasienter var alvorlig syke, dette krevet kontinuerlig og tidvis rask medisinsk inngripen. I slike situasjoner var lege- og dels sykepleiergruppen mest aktive i møtet. Indremedisinske perspektiv ble da sentrale for felles interessefelt. Pasientens problem avgjorde hvilke kunnskaper og vurderinger som var grunnlaget for å fastsette diagnose og behandling.

Tverrprofesjonelle fora var kjennetegnet av åpenhet for å spørre, bringe inn ideer og lytte. Leger trenger ulike type data fra flere profesjoner og medisinske spesialister for å følge sykdomsutvikling og behandlingsforløp (Album 2013; Berg 1996, 1997:132). Blant annet har Atkinson (1995) vist hvordan leger reduserer usikkerheten i handlingsgrunnlaget i sine diskusjoner. Møtepraksis gjorde at bidrag fra ulike profesjoner kunne endre diagnose og forståelse av pasientens plager. Dette fikk konsekvenser for utredning, behandling og oppfølging. Med andre ord var ikke legene alene om å utvikle pasientforløp, eller det Strauss et al. (1997:20) benevner som behandlingsbane. Møtepraksis åpnet for kreativitet og diskusjon om problem og vurderinger. Flere profesjoners perspektiv ble del av grunnlaget for videre oppfølging. Dette kan tolkes som erkjennelse av at flere typer kunnskaper var gyldige for å fastsette pasientens problem. I profesjonenes samspill er problemfastsetting sentralt (Abbott 1988). Diagnosen avgjør hvilke kunnskaper som er relevante. De kunnskapsfelt som blir gjort gyldige, påvirker hvilke profesjoner som kan delta i problemløsning. Ved Studenttett

³⁰ Cortison er i medikament som for eksempel brukes ved enkelte lungesykdommer

post deltok flere profesjoner i meningsforhandling om diagnose, som er legens ansvar. Møtepraksis åpnet for at studenter kunne delta i diskusjonen og påvirke pasientforløpene.

I eksemplet foran antydnet verken leger eller sykepleiere at legen er ansvarlig for å sette diagnoser og samtale med pasienten om mulige diagnoser. Møtepraksis var lite preget av grensemarkering. Hverken profesjonsbakgrunn eller personalstatus avgjorde hvem som deltok i meningsforhandlingen. Forskere har vist at sykepleiere påvirker kliniske beslutninger (Allen 1997, 2001; Svensson 1996; Tjora 2000). Andre forskere har funnet at legers medisinske spørsmål og forklaring kan utestenge studenter (eks. Atkinson 1988; Heggen 1995) og andre yrkesgrupper (eks. Atwal & Caldwell 2005; Coombs & Ersser 2004; Mizrachi, Shuvall & Gross 2005; Olsvold 2010), og de kan kontrollere kollegaer (eks. Måseide 2002:214). Grensearbeid innebærer at en gruppe markerer sine kunnskaper som skiller dem fra andre (Gieryn (1983, 1999)). I grensearbeid kan fagspråk være et redskap for å utestenge andre fra profesjonens kunnskapsfelt. I eksempel 2 er det mulig å tolke det som en avgrensning når John-L gir en forklaring av magesmerter og overlegen foreslår undersøkelse. En slik tolkning passer dårlig med studentenes beskrivelser av hvor lærerikt det var når noen og særlig legene, delte kunnskaper med andre. Dette ble her illustrert ved at overlegen beskrev undersøkelse av dårlig blodforsyning til tarmen. Forklaringer fikk frem vurderingsgrunnlaget og gjorde at deltakerne og særlig studentene, så sammenhenger mellom pasientens problem, tiltak og hva som var relevante kunnskaper. Forklaringer fungerte mer som et bindemiddel (Hollander & Gordon 2006) enn som markering av legenes kunnskapsfelt.

Møtepraksis kan vi forstå som del av grensepraksis mer enn grensemøte (Wenger 1998:113-/2004:135-). Det vil si at deltakelse i meningsforhandling om felles interessefelt var sentralt i utvikling av tverrprofesjonell praksis. I eksempel 2 over brukte legene forklaring mer til å åpne for forståelse enn til å lage skiller. Ikke bare leger, men også studentene og personalet uavhengig av profesjon, laget utdypninger og små forklaringer. Säljö (2001:82-) og Carlile (2004) skriver at budskap ofte først blir meningsfulle for andres praksis når det er omformet. Deltakerne dels oversatte og dels omformet sine bidrag og profesjonens kunnskaper, så de kunne bety noe i andres og felles praksis. I møtene ble de som knyttet sammen perspektiv og bidro til andres forståelse, anerkjent som kompetente deltakere. Engasjement for andres forståelse, var dels for å sikre hvordan pasienter ble fulgt opp, dels var det knyttet til studentenes læring.

5.1.4. Språk og tema åpner og avgrensner for deltakelse

I tverrfaglige fora kunne formuleringer og tema både invitere til og avgrense studentenes deltakelse. Studentene brukte faglige benevnelse for å delta i utvikling av felles interessefelt. Etter hvert kjente studentene profesjonenes faguttrykk og visste hvem som kunne og trengte å vite hva om pasientene. Når pasientens situasjon var vanskelig å beskrive skriftlig, brukte studentene faglige fora og de oppsøkte hverandre for å spørre, forklare, vise og få vist.

Et vanlig mønster i Tverrfaglig previsitt og Previsitt er at legen som ledet møtet, innledet med kort å presentere pasienten eller si *hvordan går det?*. Andre ganger ga legen en vurdering av pasientens tilstand eller en kort forklaring (eks.1 & 2). Deltakerne fra andre profesjoner kunne også ta ordet først. I tillegg til spørsmål, kunne en formulering eller benevnelse få studentene til å komme med vurderinger og forslag. Enkelte faguttrykk og tema fungerte nærmest som signal for en profesjons deltakelse. En parallell til dette er fremkalling (elicitation), som karakteriserer første ledd i veileder-student samtale om pasienter (Atkinson 1988:181). Det vil si at et innledende utsagn gjør at studenten får frem sin viten.

I illustrasjonen nedenfor er det flere slike eksempler. Legens innledende forklaring åpnet for andres innspill. *Obstipasjon*³¹ gjorde at sykepleierne tok ordet, og de tok ofte opp dette tema. *Immobilisering*³² triggert fysioterapeutene til å ytre seg. Et tilbakevendende tema var smerte, og 'smerte' fikk mange med i samtalen. Mange helseprofesjoner kan noe om smerte, og smerte avgjør ofte hva profesjonelle gjør og kan gjøre for pasienten (se f. eks. Fors 2012). Ergoterapeutene ble alltid med i samtalen når *kognitiv funksjon* ble nevnt. Kognitiv funksjon hadde betydning for flere profesjoners vurdering og tiltak og kunne engasjerte mange. Her brakte John-L inn *utreise* og *hjemmesituasjon*. Hjelp etter utskrivning, familie- og boligforhold ble ofte diskutert. Slike formuleringer fikk ergoterapeut og sykepleier til å ta ordet, mens fysioterapeuten da deltok hvis problemet berørte gange, balanse og bevegelse. Det varierte hvor grundig legene gikk inn i hjemmesituasjonen. Deres fokus var gjerne medisinske forhold, og deres engasjement var tydelig når det ble vist til *diagnose, målinger* og *testresultat*. Sekvensen eksemplifiserer hvordan utsagn påvirket deltakelsen, og at studentenes formuleringer påvirket hvordan deres bidrag ble vektlagt i møtet.

³¹ Forstoppelse

³² Brukes når en person sitter eller ligger mye og har vansker med å bevege seg omkring i avdelingen

Eksempel 3

*John-L forklarer at smerte kan gi uklarhet og føre til immobilisering og obstipasjon, og legger til:
Å fortsatte mobilisering blir viktig.*

Tor-Fs Da blir smertenedsettelse viktig. (Han ser på John).

*John-L ser i kurveboken, viser frem MMS-test og Klokketest³³ og sier: de er tatt av medisinerstudenten.
Anne-Es spør straks: Hva ble resultatet?*

*John-L Vi skal starte med en ny medisin, Voltaren, for smertene.
(Han skriver dosering i kurveboken. Studentene noterer på sin pasientoversikt).*

Mette-Ss Pasienten hadde permisjon i helgen. Hun har feber og temperaturen er målt.

*John-L Dere skal fortsette å måle temperatur. Og det skal tas nye blodprøver
(til Mette, som noterer på sin pasientoversikt. John noterer i Kurveboken).
Hvordan er hjemmesituasjonen? (John ser seg rundt).*

Anne-Es Hun har nedsatt trygghet på grunn av sin situasjon, og får hjemmesykepleie.

John-L Hun kan reise i morgen, men hva med dagsenter³⁴?

Anne-Es Pasienten er alt på dagsenter to ganger i uken

*John-L Røntgen viser ikke noe prolaps (John viser til Kurveboken), og prolaps ville uansett
ikke gitt konsekvenser for behandlingen. Funksjonsnivået er som før innleggelsen.*

Mette-Ss Pasienten er klar til å reise.

*John-L Hun kan reise mandag eller tirsdag. Skal få med seg henvisning til fysioterapi for
videre mobilisering. (Studentene noterer på sin pasientoversikt)*

*Anne-Es Pasienten klarer mye selv,
men hjemmesykepleien skal komme tre ganger daglig på grunn av armen.*

Tor-Fs Hun trenger fortsatt opptrening av armfunksjonen

John-L Har de fysioterapeut på dagsenteret? (til Tor).

Pasienten har jo protese³⁵ i hoften også

Tor-Fs Send med rekvisisjon fra lege, så finner de ut hva som er mest praktisk.

John-L Ok, da blir det utreise. (Alle noterer på sin pasientoversikt).

Annette-E Hva med MMS og Klokketest gjort av legestudenten?

John-L De viser at pasienten klarer seg, og har litt nedsatt kognitiv funksjon.

Problemdefinering og vurdering av relevante og aktuelle tiltak var hovedtema. I dette lå også hvilke profesjoner som kunne bidra. Når en deltaker tok ordet, var det ikke alltid som svar på direkte spørsmål og henvendelse. Det var tydelig at enkelte formuleringer kunne åpne og avgrense for deltakelse. Selv om studentenes forslag ofte bidro i felles meningsdannelse, erfarte enkelte at de ble overhørt eller at deres forslag ble tillagt lite vekt. Wenger (1998:202-/2004:232-) omtaler to sentrale sider ved deltakelse i meningsforhandling; å forslå og godkjenne bidrag. Eksemplet over illustrerer dette. Anne-Es oppnådde ikke å få utsatt hjemreisen ved å vise til pasientens utrygghet. Hun trakk da frem pasientens dårlige arm. Anne-Es sa ikke eksplisitt at pasienten ikke vil klare seg hjemme, men det lå i luften. Tor-Fs støttet at armen fungerte dårlig. Dette gjorde at pasienten fikk fysioterapi etter utskrivning, men førte ikke til diskusjon om hjemreisen. Innspill fra fysioterapeutstudentene førte gjerne til

³³ MMS (Mini Mental Test) og Klokketest brukes f.eks. ved hjerneskade og aldersdemens for å undersøke kognitive funksjoner som hukommelse, språkforståelse, rom-retnings oppfatning, orienterings- og læringsevne

³⁴ Eldre personer kan søke om å være på dagsenter 1-5 dager hver uke. De blir hentet/brakt med bil, får måltider, deltar i ulike aktiviteter, får hjelp av helsepersonell til ting som medisiner samt frisør og fotpleie.

³⁵ Protese betyr her et kunstig hoftelødd

rekvirering av fysioterapi etter utreise. Bidrag fra ergoterapeutstudentene om mestring av daglige gjøremål (ADL) ble ikke alltid vektlagt i Tverrfaglig previsitt. Dette til tross for at de kartla ADL hos alle pasienter. Men gjennomgående var ergoterapeutens mening oftest sentral i vurderinger om pasienten kunne reise direkte hjem, slik som i eksempel 1.

Utsagn om medisinske og fysiske problem eller konkrete tiltak i hjemmet, åpnet for og speiler at studentene deltok i produksjon og godkjenning av mening (Wenger 1998:200-/2004:230-). Bruk av faglige benevnelse bidro til å bli hørt i meningsforhandlingene. Det er typisk at Tor-Fs fikk innflytelse ved å bruke *belastningssmerte* (eks.1) og *opptrening av armfunksjon* (eks.3). Tilsvarende gjaldt også andre profesjoner. Sykepleierstudentene viste eksempelvis til blodtrykk, temperatur, ernæring og observasjon av smerte. Legene refererte til medikament, røntgen- og laboratorieundersøkelser. Konkrete forslag som *gripetang* og *hjemmebesøk* ga ergoterapeutstudentene innflytelse når felles interessefelt gikk utover medisinske forhold. Med andre ord viste profesjonstilhørigheten seg i flere av deltakernes formuleringer. Resultat fra profesjonenes undersøkelse og tester var med på å kategorisere pasientens problem. Men resultatene ble også en måte for deltakerne å tingliggjøre sin praksis, for å bruke Wengers begrep (1998/2004). Faglige benevnelse og konkrete resultat fra kartlegging gjorde at studentene kunne forhandle om planer og tiltak. Deres forslag ble gjerne anerkjent når de brukte faguttrykk i sin tingliggjøring. Når de ikke helt klarte å gi forhold som pasientens engstelse og utrygghet et faglig preg (eks.3), var det vanskeligere å få innflytelse i fastsetting av felles interessefelt. Lave og Wenger (1991/2003:93) knytter deltakelse til det å beherske språket som medlemmer i praksisfellesskapet. Ved å bruke fagterminologi styrket studentene sin deltakerposisjon i utvikling av pasientforløpene og i postens praksis.

I eksempel 3 er det et annet forhold knyttet til ergoterapeutene verd å merke seg. Når John-L ikke gjenga resultatet fra legestudentens tester, hindret han ergoterapeutene i å få frem sine vurderinger av pasientens kognitive funksjon. Ved posten var en av ergoterapeutstudentenes oppgaver å kartlegge kognitive funksjon. Ord som *MMS* og *Klokketest* åpnet vanligvis for deres deltakelse og deres kunnskaper. Ut ifra denne sekvensen er det vanskelig å tolke om John-L var klar over at han avgrenset for profesjonen fra å delta. En mulighet er at John-L mente at hans forslag om dagsenter også inkluderte kognitiv funksjon. Helt til sist sjekket Annette-E dette ut, når hun spør om testresultatet. Hun kan ha forstått John-L's utsagn som at legestudenten nå hadde overtatt oppgaver fra ergoterapeutene. Mitt empiriske materiale støtter

ikke en slik tolkning. Ved Studenttett post var det lite som minnet om forsøk på å overta andre profesjoners oppgaver. Men vi skal se at det er en tendens både ved Ringen og Lien at ergoterapeutene ønsket å synliggjøre profesjonens arbeids- og kunnskapsfelt mer generelt. Jeg kommer tilbake til dette når jeg tar opp postenes kompetansesystem i kapittel 7.2. For studentene var det vanskelig å formidle pasienters livssituasjon ved hjelp av presise faglige begrep og testresultat. Slike sider ved pasienters problem ble formidlet i møtefora fremfor i pasientens journal. Et mønster var at studentene beskrev og diskuterte hvordan de selv opplevde pasientens situasjon. I tillegg fortalte de hva kartlegging og resultat betød for pasientforløpet. Dette kom eksempelvis frem i intervjuet med Tuva-Es, og viser at studentene var opptatt av flere forhold enn sykdom, og at de ikke skrev om dette i journalen:

De hadde en somatisk sykdom, det var jo en grunn for at de var der. Men de hadde så mye mer enn det, da. Og mange av dem hadde ganske mye ressurser, men det ble det ikke fokusert på. Og ressurser trenger jo ikke nødvendigvis være at du er fysisk sterk. Men veldig mange hadde spennende historier og de likte å fortelle og likte å lese. Så, ja, jeg ble litt frustrert av at det heller ikke fikk noe rom i journalen. At de tingene der, det var bare slikt vi spurte om, og så gjorde en ikke noe med det.

Jeg føler egentlig at alle vi studentene var mer rettet mot det friske da, og pratet om det og syntes at det var så deilig å se friskhet inn i sykdommen.

Tema, formuleringer og usikkerhet som ikke passet i postens skriftlige dokumentasjonsform, ble formidlet muntlig. Deres muntlige tingliggjøring ga rom for usikkerhet og flere av de menneskelige sider som opptok flere studenter. Dette kom også frem i deres vurderinger og diskusjoner rundt de profesjonsspesifikke testene. I postens praksis inngikk det å oppsøke hverandre for å dele eller diskutere kunnskaper og ideer samt demonstrere hvordan pasienter kunne hjelpes. Denne oppsøkende aktivitet var særlig tydelig for de som hadde ansvar for samme pasientgruppe (kap.4.2.1). Etter hvert visste studentene hvem som kunne bidra med ulike typer data, kunnskaper og ferdigheter. Studentene så også hva andre kunne trenge å vite, og hva som var vanskelig å forstå eller utføre. Samtidig var de åpne for og ga støtte til hva andre visste og kunne. I eksempel 3 illustreres dette når Tor-Fs støttet Anne-Es om armfunksjonen. Måten som møtedeltakerne brukte faglige formuleringer for å bringe seg selv og andre inn i meningsforhandlingen, viste at de forstod hva som var relevant å dele, og hvordan de kunne åpne for sin og andres deltakelse. Wenger (1998:52-/2004:66-) vektlegger samspillet mellom deltakelse og tingliggjøring i meningsforhandling om felles praksis. Et slikt dynamisk samspill var tydelig i de tverrprofesjonelle møtene ved Studenttett post. Deltakelse i meningsforhandling var avhengig av at aktørenes tingliggjøring favnet både faglige perspektiv og deltakernes opplevelse av hvordan pasienten erfarte sin situasjon.

5.1.5 Fortelling i meningsdannelse og meningsforhandling

Et ikke uventet trekk er studentenes engasjement i pasienters situasjon. De involverte seg mer i enkelte pasienter, og sammen påvirket de og tok ansvar for pasientforløpet. Felles forståelse av situasjonen til en og samme pasient ble utviklet i flere runder og fora. Studentene laget og brukte en fortelling om pasientens situasjon for å påvirke felles problemfastsetting og -løsning. Fortellingen bidro til å skape engasjement og felles ansvarlighet for kartlegging og oppfølging. Fortelling var også en hjelp når studentene skulle tingliggjøre sin erfaring fra møte med pasienter og takle sin opplevelse av en vanskelig og kompleks situasjon. Fortelling var et redskap som styrket studentenes deltakerposisjonen i tverrfaglige fora.

Stort engasjement for enkelte pasienter viste seg ved at det ble brukt mer tid til disse både i Morgenmøte, Tverrfaglig previsitt og Previsitt. I tillegg ble det gjerne avtalt Tverrfaglig møte om samme pasient (kap.4.3.1). Sentralt i diskusjonen var da hva som var pasientens problem og ressurser samt hvilke tiltak og planer som var nødvendige. En måte som deltakerne fikk frem kompleksitet og usikkerhet på, var at de sammen beskrev pasientens situasjon og hjelpebehov. Samlet dannet deres bidrag en liten fortelling om pasientens problem og ressurser. Fortellingen ble et redskap for å knytte sammen deler av studentenes erfaringer, følelser og kunnskaper fra møte med pasienten. Fortelling er et middel for å skape felles forståelse av hendelser og meningsfulle sammenhenger (Hollander & Gordon 2006). De peker også på støtten det er når flere bidrar med deler til en felles fortelling. Fortelling danner forestillinger om hvem som tilhører fellesskapet og hva praksis er (Wenger 1998:83, 175-/2004:101, 203-). Ved å bidra til og å lage en samlet fortelling utviklet og bekreftet studentene sin gjensidige ansvarlighet for pasienten og felles praksis.

De tre illustrasjonene som følger, viser hvordan flere tverrfaglige fora (kap.4.3.1) ble brukt til å utvikle felles forståelse og ansvarlighet for pasientforløpet. I Tverrfaglig morgenmøte kom det frem hva som lå forut for innleggelse og dagens situasjon. Så følger en sekvens om samme pasient fra Tverrfaglig previsitt og sist fra et nytt morgenmøte. I Tverrfaglig morgenmøte gikk studentene gjennom gruppens pasienter. Jeg merket ofte at de involverte seg i pasienters situasjon, hva som skulle skje videre, men også hva som hadde skjedd før innleggelsen. I dette eksempel ramset Berit-Ss opp problemene. Studentene var forundret over at pasienten hadde klart seg hjemme, og tok tak i flere forhold. Innspillene ble til en fortelling om en pasient som lå mye til sengs og ikke mestret hverdagen, og som helsetjenesten hadde sviktet.

Eksempel 4, del 1

Berit-Ss Pasienten har nedsatt almen-tilstand, mageproblem, høyt blodtrykk, operert for collum femoris fraktur³⁶. Tidligere insult³⁷ med utfall i venstre side. Har fått intravenøst. Klart seg hjemme, jeg forstår ikke hvordan. Her kommer han seg ikke fra stol til seng selv. Han er klar og orientert

Mette-Ss Hvordan spiser han?

Berit-Ss Holder på med maten nå. Hvordan har han klart seg hjemme? Ingen hjelp. Lukter stramt. Grotteske negler.

Anne-Es Jeg skal kartlegge hvordan det er gjort [å klare seg hjemme]

Tor-Fs Så skal vi på hjemmebesøk onsdag, skulle kanskje ventet med Tverrfaglig [møte] til torsdag. Lite hjelp hittil. Han er redd for å falle, og da vil han ikke stå og gå

Mette-Ss Han er ikke ok for å klare seg alene. Ligger feil, mulig begynnende sår? Puter?

Tor-Fs Jeg skal se på det.

Berit-Ss Pasienten ligger alltid på samme side. Snur seg ikke selv.

Mette-Ss Er Tverrfaglig møte i dag. Ingen hjelp. En søster som eneste pårørende

Studentenes samlede beretning om pasientens elendige situasjon, lå som et bakteppe, da de senere møtte i Tverrfaglig previsitt - se illustrasjonen under. Overlege Anders var møteleder og innledet med å si at pasienten hadde vært innlagt noen dager og var bedre. I diskusjonen om hva som skulle skje videre, brukte studentene deler av fortellingen om helsetjenestens manglende hjelp og konsekvensene for pasientens helse og situasjon.

Eksempel 4, del 2

Mette-Ss Han vil ikke stå eller gå.

Tor-Fs Han er redd for å falle.

Lise-S Jeg har prøvd å være streng, men han vil bare være i sengen.

Mette-Ss Det eneste som motiverer til å gå ut av sengen, er røyken.

Anders-Lo (Anders ser på pasientoversikten) Han er bare litt over 60 år!

Mette-Ss Han klarer ikke dusje hjemme.

Lise-S Er fare for sår, han ligger så stille i sengen og bare på den ene siden.

Mette-Ss Han er sterk i frisk arm, hjelper til med den. Har ikke pusset tenner, må til tannlege. Kan det være smerter på grunn av dårlige tenner?

Anne-Es Ja, han må til tannlege. Fotpleie er også påkrevet og bestilt. Sier noe om pasientens dårlige evne til å ivareta egen helse.

Lise-S Kan pasienten bruke krykke?

Tor-Fs Tja, han har sittet i rullestol over ett år.

Mette-Ss Er prekestol³⁸ mulig?

John-L Kan ikke belaste paretisk³⁹ arm, kan lett få brudd, og kontrakt arm kan luksere⁴⁰. Klarer dere å få han på bena? Kanskje klarer han forflytte seg til og fra rullestol, mest realistisk. Ta utgangspunkt i status før akutt mageproblem, ikke forvent så mye i første omgang. Med stor innsats av fysio og pasient, så kan han kanskje bli bedre

Anders-Lo Kan ikke helbredes.

John-L Omsorgsapparatet må inn, hjemmesykepleie, hjemmehjelp.

Anne-Es Er spent på å se hjemmet på hjemmebesøket onsdag.

John-L Spennende å se om han kjenner seg igjen.

Anne-Es Han sier at WC er for høyt, kan hende må det reguleres ned.

³⁶ Fractura collum femoris betyr lårhalsbrudd

³⁷ Insult er her forkortelse for cerebralt insult som betyr hjerneslag

³⁸ Prekestol er et høyt gåstativ med polstret, buet plate i brysthøyde der underarmene støttes. Har 4 små hjul

³⁹ Paretisk betyr delvis lammelse

⁴⁰ Kontrakt arm kan luksere betyr at leddene ikke kan strekkes helt ut og at skulderleddet kan gå ut av ledd

John-L Det er jo mulig. Har han ikke hatt hjelp? Hvor falt han?
Mette-Ss På WC. Går ok med [urin]flaske på dagen og uridom⁴¹ om natten.
John-L Får medisin for urinveisinfeksjon, er fargen [på urinen]bedre?
Mette-Ss Blitt bedre av infeksjonen i løpet av oppholdet. Lukten er bedre, så noe har skjedd.

Legenes forventning til at pasientens kan reise hjem raskt, ble utfordret av de andres elendighetsfortelling. Anders-Lo's innledning om at pasienten var bedre, førte til flere innlegg om hjelpebehov og hvor lite pasienten klarte. Studentene var ikke opptatt av at infeksjonen var på retur. Implisitt i deres bidrag lå fortellingen om helsetjenesten som hadde sviktet og forårsaket pasientens vanskelige situasjon. Pasientens behov for hjelp til komme ut av sengen og rundt i avdelingen kom tydelig frem. Tor-Fs delte ikke pleiernes tro på at pasienten vil kunne gå. Legene var lite optimistiske og støttet raskt opp om Tor-Fs's usikkerhet. De utfordret studentenes forventning om å bedre funksjonen. Studentene viste til pasientens ressurser (bruker en arm, mestrer vannlatingsutstyr). De dreiet fokus vekk fra målet om å kurere infeksjonen til pasientens muligheter ved bedre oppfølging. Forslag om krykke og prekestol var forsøk på å få Tor-Fs på banen. Gange og forflytning var et område der sykepleierne var usikre, og ble sett som fysioterapeutens kompetansefelt ved begge sykehus. Anne-Es minnet om hjemmebesøket straks John-L's nevnte hjemmetjenesten. Han innså at hjemmebesøket ble viktig, og nå undret også han på hvilken hjelp pasienten hadde fått. Et poeng er det som ikke skjer. Legene konkluderte ikke med at infeksjonen var kurert og at pasienten skulle hjem. Med andre ord ble ikke legenes kliniske kunnskaper avgjørende i meningsforhandlingen. Studentene lyktes med å skape felles syn på årsaken til pasientens problem; svikt i helsetjenesten, i tråd med deres fortelling.

Senere i Tverrfaglig møte fortsatte diskusjonen om hvordan pasienten hadde klart seg uten hjelp. De endte opp med følgende tiltak: trene forflytning, balanse og styrke, prøve ut hjelpemiddel, kartlegge nettverk og sikre at kommunen ytet hjelp og endre boligen. Dagen etter hjemmebesøket var pasienten igjen oppe i Tverrfaglig morgenmøte som neste eksempel viser. Tor-Fs hadde funnet ut og forklarte hvordan pasienten kom trygt til og fra rullestol/WC. Slike konkrete forklaringer kom ofte i morgenmøtet og gjorde at flere profesjoner kunne følge opp tiltak. Denne gang trengte sykepleierstudentene å vite hvordan de kunne gjennomføre forflytningen trygt.

⁴¹ Uridom brukes for å samle og føre urin i en slange til en myk plastbeholder. Kan erstatte bleiebruk hos menn

Eksempel 4, del 3

Tor-Fs Var på hjemmebesøk. Ikke gjort rent der. Han klarer seg overraskende bra hjemme. Redsel gir nedsatt forflytning. Be pasienten rette seg opp ved forflytning. Han står omtrent trygt. Han er sterk i høyre side. Er ikke pusher⁴². La han ta håndtak diagonalt på WC. Han klarer mye selv. Han har mange lure løsninger hjemme.

Mette-Ss Han har ikke dusj hjemme

Tor-Fs forklarer hvordan badet ser ut og sier: Bydelsergoterapeut skal inn og hjemmefysioterapeut.

Mette-Ss Han spiser lite. Har fått leggsår etter fallet. Bruker rullestol til veranda, og er mobil. Ikke smerter. Er bestilt fotpleie. Får krem for sopp, mulig han skal få tabletter i tillegg.

Anne-Es Er blitt skåret på depresjonstest [av sosionomstudent]

Mette-Ss Er pasienten deprimert?

Berit-Ss Ja. Han er isolert

Fysioterapeutstudenten kom med flere biter til fortellingen om pasientens ressurser som ingen hadde fanget opp tidligere. Han får frem muligheter for at pasienten kan klare seg hjemme, og gjør sykepleierne ansvarlige for å øve forflytning i aktuelle situasjoner. Trygg forflytning kan avgjøre om pasienter kommer hjem etter hjerneslag⁴³. Sykepleierstudentene viste til hva som var iverksatt, og ergoterapeutstudenten trakk inn pasientens sinnstilstand. Også i dette møtet ble poeng knyttet sammen om hva pasienten mestret, ikke klarte og manglende oppfølging.

Disse tre illustrasjonene speiler hvordan fortellingen om en pasient ble aktivert flere ganger i under sykehusoppholdet. Ved Studenttett post var det ganske vanlig at profesjonenes vurdering av pasienters problem, ressurser og situasjon ble til en kollektiv fortelling. Fortelling er et bindemiddel for å danne og opprettholde en felles tolkning og hukommelse (Hollander & Gordon 2006), som her av pasientens livssituasjon. Aktørene oppnådde flere ting ved å involvere flere profesjoner i å skape slike fortellinger. For det første ble deltakernes vurdering og kunnskaper kjedet sammen til en felles oppfatning av situasjonen og relevante tiltak. Fortellingen kunne også få frem deltakernes følelser relatert til pasientens livssituasjon, og den fikk frem uklarhet og sider som ikke ble skriftliggjort. For studentene ble fortellingen et redskap for å tingliggjøre følelser og usikkerhet, for å bruke Wengers begrep (1998/2004). Studentene kunne redusere usikkerhet og håndtere mer følelsesmessige sider rundt pasienten, ved å trekke flere med i meningsdannelsen og få inn ulike perspektiv. Enda et poeng er at en felles fortelling hjalp studentene til å utfordre legenes overordnede ansvar for hva Strauss et al. (1997:20) omtaler som legens regi av behandlingsforløp. Selv om møtepraksis var en trygg ramme for studentene, var deres felles tolkning som lå i fortellingen, et middel for å styrke deres deltakelse. Felles fortelling ga støtte til å være deltakere i meningsforhandlingene. Da

⁴² Pusher brukes om slagpasienter som skyver tyngden over mot den siden hvor de har lammelser

⁴³ Helsedirektoratet (2010) Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, 5.4.1

kunne studentene utfordre beslutninger av planer og tiltak, som i eksemplene over. Slik ble fortellingen et redskap for å påvirke hva som hadde betydning for felles interessefelt. Sentralt i meningsforhandling og utvikling av praksisfelleskap er samspillet mellom tingliggjøring og deltakelse (Wenger 1998/2004). Vi kan se fortellingen som redskap i dette samspillet. For studentene var pasientfortellinger både resultat av og middel til å skape gjensidig engasjement og ansvarlighet for felles interessefelt og for videre pasientforløp. Dette var med på å gjøre møtefora meningsfylte i postens praksis og for studentenes læring. Denne type fortelling kan vi forstå som felles ressurs i utvikling av praksis og deltakernes tilhørighet (Wenger 1998:82-/2004:100-). Pasientfortellingene fremmet tilhørighet til postens tverrprofesjonelle felleskap. Samlet sett bidro også slike fortellinger til forestilling av hva som kjennetegnet postens praksis i kontrast til andre deler av helsetjenesten.

5.1.6 Bruke og forstå begrunnelser for å være deltaker

Når studentene deltok som profesjonelle i tverrfaglige fora, brukte de gjerne begrep og referanser for å få frem bidragets relevans og faglige begrunnelse. Teoretiske kunnskaper var en hjelp når studentene tingliggjorde sin praksis for å delta i meningsdannelse og -forhandling. Kunnskaper fra andre profesjoner kunne hjelpe studentene til å forstå pasientens sammensatte problem og hva som skjedde i tverrfaglige fora.

For legestudentene var profesjonens oppgaver og overordnede ansvar nært forbundet med medisinske kunnskaper. I møtene presenterte legestudentene enkelte undersøkelser og vurderinger og de spurte. Et unntak var Kari-Ls. De fleste legestudenter som jeg traff, ønsket som Per-Ls å være og å delta mer lik turnusleger. Men de valgte ofte å være observatører. De lyttet til andres forklaring, så på prøveresultat og leste i Legemiddelhåndboken⁴⁴. Sekvensen illustrere at Per-Ls ble lyttet til og at legene brukte enkelte av hans forslag:

Eksempel 5

<i>Andrea-Lo</i>	<i>Utreise i dag. Skal starte med hjertemedisiner igjen. Post-coronar⁴⁵ hjertesykdom. Forteller Per-Ls hvilke medisiner pasienten får.</i>
<i>Per-Ls</i>	<i>Er det rask flimmer?</i>
<i>Andrea-Lo</i>	<i>Ikke rask, har pacemaker. Etter retningslinjer gjør en slik? (peker i Kurveboken)</i>
<i>Per-Ls:</i>	<i>Blir symptombehandling, ikke livsforlengende</i>
<i>Andrea-Lo</i>	<i>En positiv vinkling</i>
<i>Per-Ls</i>	<i>Kardiologen har sagt mye om dette til studentene</i>
<i>Andrea-Lo viser Per og sier at Digitoksin er i prosedyren selv med rytmeforstyrrelse. Får liten dose her 0,05 og er uten 3 dager hver uke. Likevel høyt, er i taket på digitoksin⁴⁶.</i>	<i>(Til sykepleier) Nyresvikt gir lav halveringstid. 3 tabletter er ikke mye</i>

⁴⁴ Norsk legemiddelhåndbok omtaler sykdom og behandlingsforslag, legemiddelomtale og -behandling.

⁴⁵ Postcoronar angir at det er etter et hjerteinfarkt

⁴⁶ Digitoksin⁴⁶ betyr konsentrasjon av digitoksin i serum (blod)

<i>Per-Ls</i>	<i>(sjekker prøvesvar og medisindoser i Kurveboken)</i>
<i>Andrea-Lo</i>	<i>(til sykepleier) Ta kontroll av kalium</i>
<i>Per-Ls</i>	<i>Insulin kan øke kalium inn i cellene. Ibux kan ta mer kalium ut av celler.</i>
<i>Andrea-Lo</i>	<i>Ja! (sjekker dosen i Kurveboken) 1 tablett er ikke mye.</i>
	<i>Skjer ikke noe dramatisk med nyrene</i>
<i>Per-Ls</i>	<i>Hm. (slår opp i Legemiddelhåndboken).</i>
<i>Ella-S</i>	<i>Pasienten må ha med medisiner ved utreise</i>

Under previsittene fulgte legestudentene med, slik Per-Ls gjorde her. De hørte på hva som ble sagt og fulgte med på hva som kom inn i Kurveboken. Studentene spurte og viste at de forstod hvordan ulike data var forbundet. Overlegene stilte studentene konkrete spørsmål. Et trekk ved previsittene var at legestudentene dels ble testet, slik Atkinson (1988) fant i sin studie. De ble også spurt mer som en kollega, som over da overlegen spurte om de nye retningslinjene. Samhandlingen har også likheter med Atkinsons studie (1995) om hvordan leger samtaler for å bli tryggere på diagnose og behandling. Per-Ls innspill om kaliumverdier og Ibux ble tatt på alvor av Andrea-Lo. Noen dager før hadde en annen overlege spurt ut Per-Ls i samme tema. Studentene brukte begrunnelser og videreformidlet det som studentene hadde fra andre leger og previsitter. De viste også til undervisning, som da Per-Ls refererte kardiologen.

Å lese faglitteratur hjalp studentene til å forstå hvordan data og kunnskaper ble vurdert og sammenstilt for å velge videre undersøkelse og tiltak. Per-Ls tok frem Legemiddelhåndboken under previsittene, og en gang kalte ergoterapeuten boken for *den blå bibel*. Da jeg minnet Per-Ls om episoden i intervjuet, poengterte han verdien av oppdatert kunnskap:

Ja. Den er jo veldig konkret, veldig oppdatert, og veldig et uttrykk for det norske fagmiljøet. Og det å lese underveis, det kan jo sikkert være irriterende for de rundt bordet. Men det er jo fryktelig nyttig. For hvis man har fått det repetert det de tre gangene, og fått gjort det på tidspunkt da en likevel må sitte et sted. Så jo er jo det veldig effektiv læring

Legemiddelhåndboken var ansett å inneholde og være oppdatert om det meste. Derfor ble boken et viktig redskap for å begrunne forslag for legestudentene. Previsittene var sentrale i legenes vurdering og handlingsgrunnlag. Likevel utnyttet studentene møtet til å forberede sin eksamen. Dette skinner gjennom når Per-Ls omtaler previsitten som et sted der han måtte være. Andre har vist utfordringen det er å engasjere legestudenter i tverrprofesjonell praksis (Reeves et al. 2002; Ponzer et al. 2004; Hysin et al. 2011). Et tydelig trekk i previsittene var veksling mellom å være student og turnuslege. En liknende veksling mellom å være lege og studerende lege, fant Kivle (2009) i sin studie av turnuslegers læring. Når legestudentene deltok i diskusjonene, prøvde de å få frem medisinske begrunnelser for sine forslag. Kari-Ls var lite synlig aktiv i Previsitt/Tverrfaglig previsitt ved Studenttett post (eks. 2 og 3). En måte

å tolke dette på er at legestudentene først deltok i meningsforhandling når de antok at bidraget ble anerkjent. Deres perifere deltakelse viser betydningen av å kunne bruke språket for å delta (Lave & Wenger 1991/2003). Legestudentenes kunnskaper fra deres møte med pasienten ble i liten grad brukt i utvikling av felles interessefelt. Legestudentene bidro sjelden i felles vurdering og meningsdannelse, og de samhandlet nesten ikke med andre profesjoner.

For sykepleierstudentene var situasjonen nesten omvendt. Deres registrering og observasjon av pasientene gjennom døgnet ble trukket inn i vurdering av medisiner, kartlegging og effekt av behandling og trening. Sykepleierstudentene formidlet gjerne erfaringer fra sine pasientmøter uten nærmere forklaring. Mønsteret var mer at sykepleiergruppen spurte legene om begrunnelse enn omvendt. Likevel ble sykepleierstudentenes bidrag i tverrfaglige fora et element i utvikling av pasientforløpene, slik et sitat fra Mette-Ss speiler:

Legene stilte spørsmål, men da var det vedrørende pasienten som du hadde. Og det følte jeg ikke var noe skummelt, fordi du har gjort noen observasjoner. Også spurte de spørsmål knyttet til medisiner og observasjoner... Det var litt i forhold til observasjoner man gjorde av pasientene, og at man forslo tiltak som faktisk ble hørt og godt mottatt. Jeg vil ikke akkurat si at man gikk i diskusjon med legen, men jeg klarte å si ting på rapport eller previsitten.

Sykepleierstudentene tok for gitt at legene og også andre profesjoner, trengte og hadde nytte av deres data og kunnskap. De trakk i liten grad inn teoretiske perspektiv. Et sitat fra Tor-Fs illustrerer hvordan sykepleierstudentenes bidrag påvirket andre profesjoners praksis:

Han med alvorlig nyresvikt. De dagene hvor dagsformen, hvor sykepleierne sa ok i dag er han så og så dårlig. Så i stedet for å begynne å sette i gang med mine visjoner fysisk, for å si det slik. Så justerte jeg etter det de [sykepleierne] hadde observert. Og det kan være farlig det og, hvis en støtter seg til det alt det andre ser og ikke ser selv. Men det er noe med at en slik type alvorlige diagnose, så er det greit.

Møtedeltakerne anerkjente og brukte sider av sykepleierstudentenes kunnskaper i sitt arbeid og vurdering. Sitatet speiler også at andres bidrag ikke var ensbetydende med at studentene overlot vurderinger til andre. Sykepleierstudentenes kunnskaper om pasienten fra møte med dem kunne være nyttige for andre profesjoner. Dette gjorde at studentene ikke ga noen nærmere begrunnelse. Samspillet mellom den enkeltes erfaring og felleskapets kompetanse (Wenger 1998:138-/2004:162-, 2000) bidro til å gjøre sykepleierstudentene til deltakere. Relevansen i deres innspill åpnet for deres deltakelse i meningsforhandling. I dette lå også anerkjennelse av deres viten fra pasientmøtene. Sykepleierstudentenes deltakerposisjon i tverrfaglige fora skilte seg klart fra legestudentenes perifere og nærmest observatør-rolle.

Betydningen av å bruke teoretiske kunnskaper for å fremstå som profesjonell og gi egne vurderinger tyngde, er synlig når vi ser på ergoterapeutstudentenes møtedeltakelse. En sentral

komponent i dagens ergoterapi er knyttet til pasienters daglige gjøremål og hverdagsliv (Alve 2006:106). Nærheten til pasienters hverdag ga ergoterapeutstudentenes muntlige fremstilling et lekmanperspektiv. Sitatet under fra Tuva-Es eksemplifiserer hvordan ergoterapeuter til forskjell fra andre profesjoner beskrev pasientens funksjon:

Hvis en kan komme med konkrete eksempler, for eksempel; i stell så er problemet: har ikke balanse, må holde seg fast, får ikke vasket seg ordentlig. Slike ting er matnyttig, fordi det handler om ekte mennesker og ekte liv. Det handler ikke om et menneske som skal stå på et ben. Det [om stellet] er informasjon som alle forstår. Men igjen så er det med at det blir kanskje ikke profesjonelt nok. En føler litt stolthet, yrkesstolthet: her skal en komme med noen resultater.

I vurdering og fastsetting av problem og tiltak, var hverdagsspråk ofte et hinder for å få frem hva studentenes kunnskaper innebar i andre profesjoners praksis. Ergoterapeutenes perspektiv og bruk av hverdagsspråk åpnet ikke alltid for å delta i meningsforhandling. Når studentene fikk frem teoretisk kunnskap, ble bidragene anerkjent. For eksempel brukte Tuva-Es bevisst fagterminologi, selv når det ikke helt dekket hennes viten fra pasientmøtene. Hun var verken interessert i eller ønsket å være ved et somatisk sykehus. Tuva-Es var opptatt av å bli kjent med personen og var kritisk til bruk av tester og tall. I intervjuet snakket hun om hvordan hun likevel brukte tester og faglige begrep for å være pasientens talskvinne:

Det var viktig i møtesammenheng, når jeg skulle fortelle hva jeg hadde sett at jeg kunne begrunne hvorfor jeg så, eller hadde fanget opp det jeg hadde fanget opp, og hvorfor var det viktig. Og det handler om å kunne bruke all den kunnskapen vi lærer i studiet. Den ble litt tydeligere fordi jeg måtte; dette er det jeg ser, og det må jeg formidle på en tydelig måte... De andre må kunne forholde seg til meg som en fagperson, så de vet hvor de har meg... Jeg kom veldig nært på noen av pasientene og tok med meg deres problemstilling litt hjem og synes det var trist. Den involveringen tror jeg ikke så mange andre visste om, egentlig. At jeg var så involvert som jeg var. Jeg prøvde å bruke de faglige termene og testene til å uttrykke kanskje det som egentlig lå bak, eller for å argumentere, for det var måten en måtte argumentere der [studenttett post]. Her må en legge fram resultat, her må en legge fram noen tall og noen observasjoner. Og kanskje det ble brukt veldig for å promotere de [pasientene] som jeg hadde.

Tydelig referanse til teoretiske kunnskaper gjorde at ergoterapeutestudentenes bidro i utvikling av felles interessefelt. Å være profesjonell i tverrfaglige fora, ble knyttet til bruken av faglige begrep og begrunnelser. Når kunnskapsgrunnlaget kom frem var det lettere å få anerkjennelse. I neste runde åpnet dette for at de kunne mene noe om andres bidrag. Studentenes følelser og personlig involvering talte mindre i meningsforhandling om felles interessefelt. Med andre ord ble fagkunnskap og testresultat redskap for å bli sett som profesjonell. For eksempel trakk Tuva-Es en parallell til at hun selv underkjente andres utsagn som var hverdagsnære. Også Anne-Es var klar på at teoretisk kunnskap var en forutsetning for at hun deltok i felles meningsdannelse. Med andre ord kom hverdagsspråket til kort når hun ville være profesjonell. På denne bakgrunn kan vi forstå at Anne-Es verken anså seg eller

brorparten av studentene som kompetente. For å bli fullverdige deltaker i praksisfelleskap har det stor betydning å mestre språket (Lave & Wenger 1991/2003). Studentene brukte profesjonens kunnskapsbase som redskap når de posisjonerte seg for å delta i produksjon og godkjenning av mening. Ved å få frem at innspill var faglig begrunnet, fikk studentene også frem sin ansvarlighet for felles pasienter, virksomhet og praksis.

I Tverrfaglige fora deltok Tuva-Es som ergoterapeut, og hun omtalte seg selv som *en viktig brikke* for flere pasienter. Men som de fleste av studentene, erkjente hun at enkelte bidrag ikke var relevante. Vanligvis forstod og godtok studentene hvis deres bidrag ikke ble brukt i vurderingen. Anne-Es skilte seg noe ut. Hun opplevde seg ikke alltid inkludert i Tverrfaglig previsitt i motsetning til Tverrfaglige morgenmøte. Analyse av hverdagslige aktiviteter er sentralt i ergoterapeutenes kunnskapsfelt (Alve 2006:104). For å delta og oppleve seg inkludert ønsket ergoterapeutstudentene mer fokus på pasientens livssituasjon slik at deres kunnskaper ble relevante. Særlig Anne-Es mente at indremedisinske forhold var for sterkt vektlagt, slik dette sitat illustrerer:

Vi kunne sikkert kommet med innspill, men jeg tenkte at det hadde ikke noen hensikt der og da. For vi har ikke noe med det medisinske å gjøre, slik sett. Jeg syntes det var dumt at det fikk så stor vektlegging i previsittene, selv om jeg ser at det er kjempeviktig med medisin og medisiner. Det er det. Men det er ikke det eneste. De [legene] skulle hatt mer likevekt mellom funksjon – mennesket og medisiner. Ikke åtti prosent medisiner og tjue prosent resten.

Anne-Es oppfatning kan knyttes til at ergoterapeututdanningens omfang i indremedisin⁴⁷ er begrenset. Mange pasienter hadde problem som krevde indremedisinsk undersøkelse og behandling, og dette ble tatt opp i Tverrfaglig previsitt og Previsitt. Anne-Es mente at enkelte leger ikke alltid respekterte henne. Noen ganger fanget hun ikke opp at andre åpnet for hennes og ergoterapeutenes kunnskaper. Det var enkelte episoder der hennes forslag ikke ble vektlagt, og der hun ble avbrutt når tema var kliniske forhold. Kan hende var det uklart for henne hvilke bidrag som var aktuelle i kliniske vurderinger. En gang viste blodprøvene akutt og alvorlig infeksjon, hvilket innebar stor fare for amputasjon av en del av pasientens ben. Tilstanden krevet øyeblikkelig intravenøs behandling og tilsyn av kirurg, mens Anne-Es prøvde å ta opp boligendringer. Etter previsitten gikk vi til ergoterapeutkontoret. Der prøvde Anne-Es uten hell, å få støtte fra studentene i at legen var for opptatt av medisinske prøver og ikke lydhør nok. Opplevelsen av ikke å bli hørt, kan skyldes at hun ikke forstod alvorret i tilstanden eller at hun ikke godtok at medisinsk vurderinger fikk forrang.

⁴⁷ Rammeplan for ergoterapeututdanningen

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269372-rammeplan_for_ergoterapeut_05.pdf

Jeg merket meg at Anne-Es ofte oppsøkte andre profesjoner for å dele kunnskaper om pasienter. Hun tok ansvaret for gruppens pasienter på alvor. I motsetning til Anne-Es selv, regnet andre studenter henne som en ressurs. De kontaktet gjerne Anne for å få hennes hjelp og vurdering. Jeg ble overrasket over at hun erfarte å være utrygg i Tverrfaglig previsitt. De andre forholdt seg til Anne-Es som en kompetent deltaker uten at hun så dette selv. Anne-Es hadde tenkt mye over praksisperioden og sin møtedeltakelse før vi møttes til intervjuet. I ettertid var hun kritisk til at hun ikke alltid sørget for å bli hørt av hensyn til konsekvensen for pasientene. Anne-Es opplevelse av usikkerhet hemmet henne fra å delta som en profesjonell i previsitten. Alve (2006:106) viser til at medisinske tenkemåter er en komponent i ergoterapi. I mitt materiale er det ikke tydelig at ergoterapeutstudentene forstod hva indremedisinske kunnskaper innebar for deres praksis. De var kritiske til omfanget som indremedisin kunne ha i møter og i felles interessefelt. Men analysene fra Studenttett post viser at gradvis brukte ergoterapeutstudentene medisinske perspektiv i sin vurdering og praksis. Vi kan se dette som uttrykk for studentenes læring i møte med praksisstedets kompetanse (Wenger 1998:138-/2004:162-, 2000). Uansett profesjon erfarte de fleste studentene at indremedisinske perspektiv bidro til deres forståelse av pasientforløp samt sin og postens praksis.

Når ergoterapeutstudentene mente at de ikke alltid var med i diskusjonene, kan dette også henge sammen med at de mente at profesjonen ble lite verdsatt. Howell (2009) fant at ergoterapeutstudenter antar at andre undervurderer verdien av ergoterapi. Videre at deres profesjonelle identitet er mer uklar enn i andre grupper. Finlay (2000, 2005) fant lignende resultat for ergoterapeuter. Et trekk ved Studenttett post er at ergoterapeutstudentene bidro med kunnskaper i utvikling av felles interessefelt. Kunnskaper som de la frem i tverrfaglige fora, ble senere referert og brukt i profesjonsvise møter, som i pleiernes Vaktskifterapport:

<i>Mette-Ss</i>	<i>Ergo har tatt MMS som var 18. Han har fått ryggsmertor og fått medisin for dette.</i>
<i>Berit-Ss</i>	<i>Han husker en del, er en blandingstype</i>
<i>Mette-Ss</i>	<i>God fasade, skjuler problem og snakker bra for seg, sier ergoterapeutene</i>

Eksemplet speiler også at bidrag som var knyttet til profesjonsspesifikke tester fikk betydning for flere profesjoners praksis. Sykepleierstudentene viste gjerne til ergoterapeutstudentenes testresultat og vurderinger i sine møter og i previsitten når bare lege og sykepleier deltok. For å følge Wenger (1998:138-/2004:162-, 2000) er det grunnlag for å si at ved Studenttett post påvirket ergoterapeutstudentenes erfaring og postens kompetanse hverandre. I kapittel 7 skal vi se at nettopp ergoterapeutstudentenes bidrag fikk betydning i de andres praksis.

Legen som ledet Tverrfaglig previsitt og Previsitt, konkluderte og tok endelige avgjørelser. Selv om legen hadde det formelle og overordnede mediske ansvar, gjorde møtepraksis at faglige begrunnende bidrag fra studentene ble vektlagt. Fysioterapeutstudentene deltok gjerne i diskusjonene, slik et sitat fra Silje-Fs illustrerer:

Og det var ganger der de [lege, sykepleier] gjerne skulle sende pasienten til en annen avdeling, eller det var et eller annet. Eller kanskje vi [fysioterapeutstudenter] syntes det var behov for å sende pasienten til en slagavdeling for eksempel. Klart da kom det an på hvem som hadde best begrunnelse for sine meninger. Men jeg synes, jeg følte at vi ble hørt. At ikke bare legen tok en beslutning, men han hørte på hva vi hadde å komme med. Det synes jeg.

Andre profesjoner etterspurte gjerne fysioterapeutstudentenes undersøkelse og vurdering i utvikling av felles interessefelt og handlingsgrunnlag. Fysioterapeutstudentene både foreslo og var med på å godkjenne andres bidrag. Slik fortalte Tor-Fs hvordan han fikk gehør:

Blant annet diskuterte vi i forhold til en osteoporosepasient⁴⁸, om vi skulle ta røntgen av ankelen til vedkommende. Og da var det fram med alt, men det er kanskje ikke så mye evidensbasert. Det er mer i forhold til kompresjonsbrudd og smerter og refererte⁴⁹ smerter og slike ting. Kunne dra fram og legge det i bordet den teoretiske begrunnelsen hvorfor jeg syntes det var smart å ta røntgen. For John-L var egentlig litt: det er ikke noe vits i. Men så var det: Åh. Det var mer å bla fram i bøkene igjen og vise hvorfor vi kanskje skulle gjøre det likevel.

Studentene brukte teoretiske kunnskaper for å overbevise andre og påvirke pasientforløpene. I møtene deltok fysioterapeutstudentene mer som fysioterapeut enn som student. Måten Tor-Fs brukte vi i sitatet speiler det gode forhold han og legene hadde. Et tydelig trekk ved posten var de gode ansatt-student relasjonene som krysset profesjonsgrensene. Sitatet får også frem at tverrfaglige fora inspirerte studentene til å lese. Dette hjalp dem til å trekke flere perspektiv inn i sin praksis. Tydeligst kom dette frem når fysioterapeutstudentene satte seg inn i medisinske forhold som var nye for dem. Her illustrert ved et sitat fra Tor-Fs:

På Tverrfaglig møte og previsitt, så får du masse verdier: Kalium⁵⁰ er det, og Hb⁵¹ er det. Så tenkte jeg dette må jeg bare lære meg. For jeg synes det er spennende å vite at hvis du har Hb på 8,5 og er en diger mann. Så skjønner du, ok, det er kanskje derfor han er svimmel. Så det er nyttig å kunne en del på mikronivå. Så det var vel derfor jeg leste en del ernæring, elektrolytt- og væskebalanse og slikt.

Kliniske kunnskaper gjorde det lettere å følge legenes vurdering og sammenstilling av kunnskaper om pasientene. Innblikk i andre profesjoners kunnskapsfelt hjalp studentene til å forstå hva som skjedde i møtene og satte dem i stand til å delta som profesjonelle.

⁴⁸ Osteoporose betyr bensjørhet

⁴⁹ Refererte smerter betyr at smerter er lokalisert et annet sted enn der vevsskaden finnes

⁵⁰ Kalium er et mineral med betydning for syrebasebalanse, væskebalanse og funksjon i nerve, muskler og nyrer.

⁵¹ Hb står for hemoglobin og omtales ofte som blodprosenten. Referanseområdet er 11-17 g/dl

Ulikt legestudentene leste de andre studentene fagstoff som var i grenselandet for hva utdanningene vektla. Disse studentene erkjente at de kunne for lite til å delta i medisinske vurderinger. De inntok da en mer tilbaketrukket posisjon som student, som i eksempel 2. Deres vekslning mellom å være student og profesjonsutøver har paralleller til legestudentenes deltakelse som student- og turnuslege. Neste eksempel viser at Tor-Fs unnlot å bidra fordi det gjaldt medikamentell behandling, selv om han hadde relevante kunnskaper:

Legene var for eksempel ikke flinke til å spørre hvis de hadde satt i gang medisiner, for eksempel vann drivende. Så ble pasienten plutselig kjempeslapp hos meg, når de hadde økt vann drivende. Så ble han slapp på treningen, og det kunne antakelig tilskrives en dehydreringseffekt⁵². Det var ingen som spurte om det. Og de var kanskje ikke så interessert i å høre på det heller, for det er slike regimer de følger. Jeg tror nok den rollen som student. Å skulle ta opp ting som var legenes felt. Det blir litt for skummelt. Ja, det var ingen av oss som gjorde det. Og det er klart at vi studerer ikke medisin og har ikke samme bakgrunn og kan ikke ta samme vurderingene. Men tror nok vi kunne vært flinkere - til å gi vår mening. Så kunne heller legene bare velge om de ville høre på det eller ikke selv.

Tor-Fs valgte studentposisjonen og unngikk diskusjon i et felt der han hadde utilstrekkelige kunnskaper. Han deltok først i meningsforhandlinger når han både kunne bidra og godkjenne bidrag. For å kunne være med i diskusjonene prøvde studentene å forstå hva som lå til grunn for vurderinger. En slik strategi gjorde at de både skaffet seg og opprettholdt en posisjon som kompetent deltaker (Wengers 1998:136-/2004:160-). Anne-Es mente at hun og de fleste studenter manglet tilstrekkelige kunnskaper for å delta. Fordi hun mente at Tor-Fs skilte seg ut, var en strategi å alliere seg med ham. De avtalte å støtte og etterspørre hverandres bidrag i møtet. Konkret viste dette seg ved at Anne-Es og Tor-Fs ofte satt ved siden av hverandre i møter (kap.5.1.1). For å bruke et begrep fra Wadel (2008) synliggjorde Anne-Es hvordan medstudenter kunne være innlemmelsesagenter i møtepraksis. Vi kan forstå dette som at studentenes deltakelse og tingliggjøring påvirket hverandre, og illustrere at de to elementer er gjensidig avhengig av hverandre (Wenger1998:62-/2004:77-). Mange studenter *leste seg opp på teori* for å kunne undersøke og følge opp pasientene. Teoretiske perspektiv var en hjelp til å forstå og ta stilling til bidrag. Teoretiske kunnskaper var en ressurs for å være deltaker i meningsdannelse og –forhandling ved Studenttett post. Tverrfaglige fora synliggjorde at grenseflatene mellom profesjonene var et mulig utforskningsfelt. Dette er tema i kapittel 7.

Tverrfaglig morgenmøte (kap.4.3.1) var en sentral ressurs for studentenes deltakelse ved posten. Møtet medvirket til at studentene forstod hva som skjedde, og til at de var aktive i andre fora. I morgenmøtet dukket mange typer spørsmål opp. Både i deltakernes spørsmål og

⁵² Dehydrering betyr uttørring

i deres svar ble det synlig hva de kunne og ikke kunne. De oversatte og diskuterte uttrykk, begrep og resultat for å få frem hva profesjonenes kartlegging og tiltak innebar. Fem små eksempler illustrerer disse sider ved Tverrfaglig morgenmøte:

*Pia-Ss CT- angio viste aneurisme.⁵³ Pårørendes ønske er at vi ikke sier fra til pasienten.
Hva skal vi si til pasienten?*

Berit-Ss Er det noe i veien for at pasienten kan komme opp og mobiliseres når det er brudd i ryggen?

Tor-Fs Er ok. Pasienten må over i sideleie og vippe opp. Vi kan se på det sammen, så jeg kommer innom etter frokost

Silje-Fs Når det står HLR⁵⁴ minus, hva gjør dere da?(til sykepleiestudentene)

*Berit-Ss Lindre smerte, gjør ikke noe ellers. Legen sa at drikke skal være like mye som diurese⁵⁵.
Så derfor skal hun veies hvis hun drikker mye*

Berit-Ss Var dårlig i går, litt uklar, usammenhengende i tale. Fortsatt dyspnoe og cyanose

Tuva-Es Hva betyr dyspnoe?

Silje-Fs Tungpusten. Hører at er andpusten når prater. Legen skal se på lungefunksjon av ny medisin

Tuva-Es Hva betyr cyanose?

Berit-Ss Blåfarge fordi det er lite oksygen i blodet, på grunn av tungpust. Kan gi akutt forvirring

Anne-Es Hva betyr høyt digitoxin-speil⁵⁶?

Mette-Ss Dose med digitrin bestemmes av blodkonsentrasjon. Kan følge forvirring av høyt digitoxin

I dette fora deltok alle enten tema var fagterminologi, etiske forhold og konkret ferdighet. De som kunne svare og forklare, gjorde det uavhengig av profesjon og om de var student. De ga hverandre positive tilbakemeldinger. Stemningen var mer uformell enn i andre tverrfaglige fora, og her ble de mer personlig kjent. I dette fora koordinerte de profesjonenes og dagens gjøremål. Studentene brukte også morgenmøtet til å forberede Tverrfaglig previsitt/Previsitt, som da de laget fortellingen om helsetjenestens svikt (eks.4). Morgenmøtet var sentralt for å forstå og oppdage sammenhenger knyttet til pasienter, aktiviteter og handlingsgrunnlag. Studentene satte hverandre i stand til å være mer fullverdige deltakere i postens fora og praksis. Vi kan se dette som at de fungerte som innlemmelsesagenter for hverandre (Wadel 2008). Eksempelene speiler også at studentene lærer sammen – eller «lærer fra siden» (Nielsen & Kvale 2003:252). Jeg går nærmere inn på læring i kapittel 7.

⁵³ Angio står for angiografi som er røntgenundersøkelse med kontrastvæske inn i blodkar. Angiografi viste her aneurisme som vil si utposninger i karveggen. Karveggen blir svekket, kan breste og gi alvorlig blødning

⁵⁴ HLR minus er forkortelse for at hjerte/lunge redning skal unnlates å gjøre

⁵⁵ Diurese betyr urinproduksjon, urinutskillelse, brukes ofte om urinmengden i løpet av ett døgn

⁵⁶ Digitoxin brukes ved hjertesvikt & -rytmeforstyrrelser. Dosering reguleres ved å måle digitoksinnivå i blodet

5.1.7. Felles skjema som redskap i felles meningsdannelse og praksis

I Tverrfaglig møte ble Sunnaas ADL Index brukt til å kategorisere og standardisere pasientens problem, og pasientens Planskjema var en felles tiltaksplan. Felles skjemaer medvirket til å utvikle felles interessefelt og trekke inn ulike perspektiv. Skjemaene var redskap som fremmet felles tingliggjøring og meningsdannelse. Redskapene hadde en samlende funksjon og fremmet studentenes utvikling av felles forståelse og ansvarlighet for postens virksomhet.

I Tverrfaglig møte ved Studenttett post møtte studenter med ansvar for pasienten. Veilederne var ikke alltid til stede, og de holdt seg i bakgrunnen når veiledning ikke var nødvendig. En student ledet møtet, og møteledelsen rullerte mellom profesjonene (kap.4.3.1). Vanligvis deltok alle i vurderingen av alle tolv punkt. Studentene både foreslo og bestemte skåringer og tekst. Sunnaas ADL Index ble brukt for å vurdere pasientens mestring i daglige gjøremål. (kap.4.3.2). En utfylt Sunnaas ADL Index ble felles grunnlag for å fylle ut Planskjemaet. Parallelt med at møteleder fylte ut skjemaene, fylte deltakerne ut en kopi. Sunnaas ADL Index og Planskjema lå i Kurveboken. Fordi alle møtte som hadde ansvar for pasienten, var det få som leste i Kurveboken for å få vite hva som var kommet frem og bestemt i møtet.

Illustrasjonen under får frem flere trekk ved bruken av Sunnaas ADL Index. Denne gang veiledet en ergoterapeut i utfylling av skjemaene. Hun støttet sykepleierstudent Mette som var møteleder for første gang. Et poeng er at sykepleier Lise som satt ved en PC, overlot all veiledning til Annette-E. I løpet av møtet fikk Mette-Ss taket på å bruke Sunnaas ADL Index og å utforme mål og planer. Underveis fikk hun oppmuntrende kommentarer fra de andre, og hun trivdes som møteleder. I starten kom studentenes antakelser frem om hvem som skulle mene noe om hva. Men de fulgte oppfordringen fra Annette-E og bidro til alle punktene. For eksempel tallfestet sykepleierstudentene pasientens mobilitet, noe som Tor-Fs annonserte som sitt felt. I ergoterapeutstudentens fravær leste Annette-E opp hennes vurdering. Tor-Fs uttalte seg om mobilitet, pust, redsel og motivasjon. Eksemplet illustrerer også at de skrev en kommentar som fikk frem begrunnelsen, hvis vurderingen av skåringen ikke var entydig.

Eksempel 6 - del 1

<i>Pia-Ss</i>	<i>(ser på skjemaet for Sunnaas ADL Index)</i>
<i>Annette-E</i>	<i>Ergoterapeuter og sykepleiere går over i hverandre i Sunnaas Index</i>
<i>Tor-Fs</i>	<i>Er ingen egne punkt for ergoterapeuter. Vi diskuterer og fyller ut sammen en Sunnaas Index og et Planskjema</i>
	<i>Jeg har fylt ut punkt 3 [mobilitet inne] og 5 [forflytning]</i>

Annette-E	<i>Vi tar en runde rundt bordet først Sunnaas Index og så lager vi planen.</i>
Mette-Ss	<i>Presenterer pasienten ved innleggelsen og spør: hvem fikk pasienten innlagt? Sviktende egenomsorg og mindre mobilitet står som grunn for innleggelsen.</i>
Annette-E	<i>Ingen offentlig hjelp hittil! Vi skal ringe kommune-ergoterapeut</i>
Tor-Fs	<i>Hun har dyspnoe, er redd for å stå og forflytte seg</i>
Mette-Ss	<i>Se på Sunnaas Index, vi går gjennom den (alle ser på skjemaet). Spising krever noe tilrettelegging. Vi trenger ikke begrunne, bare gi verdi</i>
Annette-E	<i>Tilrettelegge for måltidet, gir 2</i>
Mette-Ss	<i>Kontinens⁵⁷, hun trenger utstyr, er det 2? Må ha hjelp til å få på innlegg er 1</i>
Tor-Fs	<i>Mobilitet inne tar fysioterapeut</i>
Mette-Ss	<i>I rullestol ok uten hindringer, 1. Er ikke selvhjulpen til WC, gir 1</i>
Tor-Fs	<i>Trenger en person til hjelp og motivasjon, klarer det ikke i dag: 1</i>
Mette-Ss	<i>Er sterk i den ene armen, men snur seg likevel ikke i sengen</i>
Annette-E	<i>Sunnaas Index har ikke med snu seg i skjema. (leser opp notat fra Anne-Es) 'Tøy av og på oventil er bra, men får hjelp nedentil, er 1. Bruker tid'. Det er ok</i>
Mette-Ss	<i>I inntakstatus står at hun trenger hjelp (viser til sykepleiers inntakstperm)</i>
Pia-Ss	<i>Blir ikke ren av egen vasking</i>
Mette-Ss	<i>Må motiveres, det blir 1. Matlagning er ikke observert. Dusjer med hjelp: 1</i>
Annette-E	<i>Ser du (til Mette) at Sunnaas Index blir stadig vanskeligere? Det gjør at det ikke blir bedre skåringer nedover [i skjemaet]. Gråsoner er ofte ikke observert</i>
Mette-Ss	<i>Kommunikasjon?</i>
Annette-E	<i>(leser opp notatet fra Anne-Es) 'Er adekvat. Må hale litt ut av pasienten'</i>
Mette-Ss	<i>Hun vet hva hun vil. Motivasjonen er å komme ut. Da vil pasienten snakke og triller rullestolen. Toppskår 3. Kommentarer? Angir ikke årsak. Skåring sier ikke hvorfor. Kan vi si noe i kommentarfeltet? Viktig er at pasienten trenger motivering, tar ikke Initiativ selv. Er ikke det fysiske som begrenser.</i>
Annette-E	<i>'vi opplever' må det stå, da</i>

Selv om den enkelte hadde gjort seg opp en mening i forkant, ble skåringene fastsatt i møtet. Et typisk mønster var at de engasjerte seg i flere deler av skjema. Diskusjonen om hvert punkt i skjemaet åpnet for å få frem uklarheter og spørsmål, og dette ga innsikt i vurderingsgrunnlag og kartleggingsverktøy. Skjemaet var redskap i felles meningsdannelse og bidro til felles vurdering og kategorisering av pasientens problem. Før de hadde vært med i Tverrfaglig møte, trodde studentene at profesjonene hadde fordelt hvem som skulle mene noe om hvilke punkt. Dette kan sees i lys av at studenter har oppfatninger og stereotypier av profesjoner og deres arbeid (Carpenter 1995; Hind et al. 2003; Jacobsen & Lindqvist 2009; Tunstall-Pedoe et al. 2003). Postens møtepraksis brøt med studentenes forventning til profesjonenes ansvarsfelt og fikk frem at deres vurderinger var gjensidig avhengige av hverandre. Kategoriene i Sunnaas ADL Index har mer preg av daglig språk enn av fagterminologi, og i utfyllingen kom flere tema og synspunkt frem. Deltakerne oppdaget hvor sammensatte pasientenes problem var, og hvordan profesjonenes kartlegging og vurdering samlet formet et felles handlingsgrunnlag. Et sitat fra Pia-Ss eksemplifiserer dette:

⁵⁷ Kontinens betyr kontroll over urin og/eller avføring

Ja, for Sunnaas Index var og interessant. Fordi du fikk et helhetlig innblikk i hele pasienten og situasjonen og ulike meninger. Det syntes jeg var ganske kjekt å se utfallet av, hvor mange poeng pasienten fikk og slike ting. For der hadde mange ting noe å si, ikke bare sykepleie.

For eksempel ble sykepleierstudentene kjent med andre profesjoners perspektiv som hjalp dem til å se og forstå pasientens problem og ressurser på nye måter. I bruken av Sunnaas ADL Index kom profesjonenes grunnlag for hvordan pasienten klarte aktiviteten frem. Skåringen var resultat av og uttrykk for deres felles tingliggjøring. Skjemaet inneholdt ikke medisinske kategorier, men det var ganske vanlig å trekke inn indremedisinske problem og vise til previsitten. Skåringene skapte undring over forskjeller i vurdering av problem og ressurser. Når skåringskriterier ikke helt passet til vurderingen, skrev de en kort begrunnelse. Et utfylt skjema var resultat av meningsforhandling og perspektivene som kom frem. Det forbandt profesjonenes vurderinger og kunnskaper som var grunnlag for å utvikle felles interessefelt.

Diskusjon og felles tingliggjøring ga skjemaene en samlende funksjon både i møtet og for postens praksis. Pasientens problem ble kategorisert ved at flere vurderinger ble omgjort til en felles skår. I skåringen ble vurderingsgrunnlag og data forbundet og gitt et endelig og presist uttrykk. Vi kan forstå skåringene som dimensjonen Skjema og kategorier ved grenseobjekt, som gir materialet en endelig og standardisert form som kan formidles uavhengig av tid, rom og person (Star & Griesemer 1989; Star 1989b). Slike grenseobjekt reduserer aktørers usikkerhet. Sunnaas ADL Index delte også opp pasientens problem i flere aktiviteter. Det vil si at skjemaet hadde en modulerende funksjon som grenseobjekt i form av Lager (ibid.). Dette var ingen fremtredende side ved Sunnaas ADL Index, fordi møtepraksis innebar en felles vurdering av hvert punkt i skjema. Felles referanseramme for data som er frembragt på ulike måter, er en egenskap ved grenseobjekt av typen 'Område med felles grenser' (ibid.). Bruken av Sunnaas ADL Index gjorde at møtedeltakerne skapte felles ramme og forståelse.

Når Sunnaas ADL Index var utfylt, ble Planskjema tatt frem. Her ble det ført inn problemfelt, mål og tiltak for pasienten på kort og noe lenger sikt. For hvert tiltak skrev de inn hvem som var ansvarlig for å følge opp tiltaket. Fortsatt var det studentene som i felleskap foreslo, formulerte og avgjorde problem, mål og tiltak. Formulering av problem førte gjerne til en liten ordveksling. Under mål diskuterte de ofte om pasienten skulle hjem eller til en institusjon. Et eksempel fra Tverrfaglig møte illustrerer dette. Lise-S foreslo korttidsopphold på sykehjem og møtte motstand både fra sykepleierstudenten og ergoterapeuten. Flere hadde innspill om pasientens problem og viste til Sunnaas ADL Index tidligere i møtet:

Eksempel 6 – del 2

Annette-E	<i>Pasientens mål som skal skrives opp. Hovedmål: å komme hjem?</i>
Mette-Ss	<i>Hun har ikke sagt noe om hjelp til matlagning og innkjøp, sier noe om selvinnsikten (ser på sykepleier-notat)</i>
Annette-E	<i>Er bare innendørs og manøvrerer rullestol ok. (ser på Sunnaas Index) (leser opp notat fra Anne-Es): 'Trenger hjelp til å komme ut. Og trenger å besøke noen, få støttekontakt. Ikke dagsenter.'</i>
Mette-Ss	<i>Vi formulerer: hovedmål er å komme hjem (alle skriver på sin kopi)</i>
Lise-S	<i>Hva med korttidsopphold⁵⁸?</i>
Annette-E	<i>Det er jeg ikke enig i, trenger trening i forflytning og tilrettelegging hjemme. Det betyr hjemmebesøk og kople inne hjemmetjenesten</i>
Mette-Ss	<i>Får mer trening her enn på sykehjem</i>
Lise-S	<i>Stort hjelpebehov, kunne trenge hjemmesykepleie tre ganger daglig</i>
Annette-E	<i>Er uenig, vi møtes på halvveien</i>
Mette-Ss	<i>Hva er problemområder? Lage mat, hygiene, forflytning, gange? (alle skriver ned)</i>
Tor-Fs	<i>Redsel, hun har bedre styrke enn det som vises i funksjon</i>
Anders-Lo	<i>(leser Sunnaas ADL Indeks) Har hun ikke hatt hjelp tidligere?</i>
Mette-Ss	<i>Nei. Målet er at hun skal hjem. Hun gjentar problemområdene og peker på skjemaet.</i>
Anders-Lo	<i>Hun bestiller kanskje Pizza for å klare seg hjemme?</i>

I diskusjonen var det tydelig at deltakerne mente at pasienten ville klare seg i tilrettelagt bolig med daglig hjelp og trening. Også i denne delen av møtet kom deltakerne med forslag og vurdering som viste til flere profesjoner. Et annet trekk er innslaget av spontanitet og daglig tale. Et trekk er også at ansatte og studentene var så trygge på hverandre at de kunne prøve seg, vise usikkerhet og være uenige. Eller som dette ble omtalt i fokusgruppesamtalen: *Det er lov å spørre og ikke være verdensmester*. Studentene var trygge nok til å være møteleder. I Tverrfaglig møte deltok studentene nærmest som profesjonelle.

Planskjemaet bidro til å lage pasientforløpet og fordelte ansvar og tiltak på profesjonene. Profesjonene delegerte oppgaver til hverandre, og særlig til sykepleierne. For å sikre seg at tiltak ble utført på optimale måter, oppsøkte deltakerne hverandre for å spørre, forklare, vise og få vist. For eksempel fulgte fysioterapeutstudentene med sykepleierstudentene for å vise hvordan pasienter forflyttet seg trygt. I postens praksis lå forventninger om at ansvar for delmålet både omfattet å utføre tiltak og delegere oppgaver. Felles mål i Planskjema var utformet på grunnlag av kunnskaper om pasienten fra profesjonenes ulike kartlegging, og i utgangspunktet kunne de arbeide selvstendig for nå delmålet som de var ansvarlige for. Områder med felles grenser er sider ved grenseobjekt som former felles mål og åpner for at brukere arbeider autonomt for å nå delmål (Star & Griesemer 1989). Planskjemaet har trekk som likner dette, men det er en forskjell. Selvstendig arbeid for å nå et delmål var betinget av at de som fikk delegerte oppgaver, faktisk utførte disse i tråd med tiltakets intensjon. Ved

⁵⁸ Korttidsopphold betyr noen uker i sykehjem, kommunen tildeler korttids plass ut ifra sin vurdering

Studenttett post ble dette ivaretatt ved at de som hadde ansvar for tiltaket, også sikret hvordan andre forstod og utførte delegerte oppgaver. Vi kan se dette som at de ivaretok felles pasienter ved å utvikle gjensidige og ansvarlige relasjoner og praksis (Wenger 1998/2004). De hjalp hverandre med å forstå hva teksten i Planskjemaet betød i praksis, slik at de kunne nå målet.

Skjemaene bidro til å utvikle forbindelser mellom profesjonenes praksis. Samhandling rundt disse felles redskap ble viktige for studentenes forståelse av postens tverrprofesjonelle praksis. I Tverrfaglig møte var felles skjemaer redskap som gjorde at deltakernes felles interessefelt ble utviklet, opprettholdt og bekreftet. Sunnaas ADL Index og Planskjema fungerte som grenseobjekt og forbandt både kunnskaper og praksis over profesjongrensene. Deres samlende funksjon var med på å skape felles ansvarlighet for postens tverrprofesjonelle virksomhet: oppfølging av pasienten. Tydelige trekk i praksis ved Studenttett post var deltakerforbindelser, tverrprofesjonell meningsdannelse og engasjement i hverandres praksis og forståelse. Denne praksis får frem at postens tverrprofesjonelle virksomhet også var studenters læring, hvilket er tema i kapittel 7.

5.2.0 Tverrfaglige møter ved Lien

Tverrfaglig møte ved Lien bidro til å koordinere profesjonenes aktivitet gjennom informasjonsutveksling og innordning mer enn ved engasjement i meningsforhandling. Møtepraksis speiler og bekrefter posten praksis. Profesjonenes innbyrdes oppgavefordeling avgjorde hvem som ivaretok pasientenes ulike delproblem. Møtet var preget av effektivitet og rutine, der deltakerne kort og presist presenterte utvalgte kunnskaper om pasienten. Aktørene anerkjente hverandres innspill og vurderinger uten særlig diskusjon. Det var opp til den enkelte å trekke inn andres perspektiv i sin praksis. Implisitt i møtepraksis lå forventninger om gjensidig ansvar for følge opp andres tiltak og bruke hverandres kunnskaper om pasienten. Til forskjell fra Studenttett post var studentene i mest observatører i Liens Tverrfaglig møte.

5.2.1 Rom og stemning i Tverrfaglig møte ved Lien

I dette avsnittet beskriver jeg starten på et vanlig Tverrfaglig møte for å få frem de fysiske rammene og stemningen. Avsnittet viser også noe av studentenes posisjon i møtene ved Lien.

Ansatte og studentene som tilhørte Gruppe 1 kom til Tverrfaglig møte (kap.4.3.1) slik de pleide en gang i uken. Møterommet som hadde tre vinduer, var ganske nakent og sparsomt møblert. Midt i rommet stod et bredt bord med åtte stoler ved hver langside. Nederst ved bordenden var det tre stoler, og her var også inngangsdøren til rommet. Ved den motsatte bordenden hang en storskjerm som var koplet til PC-en som stod ved veggen. PC-en ga tilgang til det elektroniske dokumentasjonssystemet med pasientjournaler og alle typer resultat blant annet fra laboratorieprøver og røntgenologiske undersøkelser. Midt på møtebordet stod to termokanner med kaffe, kopper og en skål med kjeks. Langs veggen stod ekstra stoler og et lite bord med Funksjonsskjema og tilhørende kriterier (kap.4.3.2). Først kom sekretæren (Sek) som satte seg ved PC-bordet, koplet til storskjermen og gjorde seg klar til å hente frem informasjon og skrive Referatet for pasientene. Møtedeltakerne kom i god tid, tok en kaffekopp, satte seg og ventet. Enkelte vekslet noen ord. Bordplasseringen var ganske fast. Øverst ved en langside satt sykepleierlederen og legen, i dag var dette Grete-So og Svein-Lo. Vis a vis satt logopedden (Log) og to fysioterapeuter. Ved siden av dem satt ergoterapeutstudenten og veilederen, og i dag møtte Heidi-Es og Marit-E. Sykepleierne samlet seg på den andre siden av bordet. Der satt Malin-S og sykepleierstudent Stine-Ss ved siden av sin veileder Ruth-S. Fysioterapeutstudentene samlet seg nederst ved bordet. De satt sjelden ved siden av pasientens primær fysioterapeut (kap.4.2.2). I dag kom Jorid-Fs, Line-Fs og

Helen-Fs. Deres veileder, Sylvia, møtte sjelden og når hun kom, så satt hun sammen med fysioterapeutene. Selv satt jeg nederst ved en langside. Alle hadde tatt med dagens pasientliste (kap.4.3.2). Møtedeltakerne noterte på listen, som ved Ringen. Marit-E og Heidi-Es hadde med en perm, der lå deres skjema og testresultat. Malin-S hadde med Kurveboken som legen og sykepleierleder kunne se sammen. Unntaksvis ble det vist til og skrevet noe i Kurveboken.

Møteleder i Tverrfaglig møte ved Lien var sykepleielederen (So), unntatt når skjemaet for Funksjonsvurdering ble fylt ut (kap.4.3.2). Denne delen av møtet ledet legen. Tilstede var også logoped, sosionom og sekretær. Det skjedde at to leger deltok. Med i møtet var pasientens primærergoterapeut, -fysioterapeut og -sykepleier. Hvis primærsykepleieren ikke hadde vakt, tok en annen sykepleier over pasienten i møtet. Ikke sjelden var enkelte fra disse tre profesjoner bare med i deler av møtet, så underveis kom/forlot en til to personer rommet. Studenter var til stede i hele møtet uansett hvor få/mange pasienter de hadde. Ved møtestart avtalte deltakerne rekkefølgen for de første pasientene, slik at de som hadde 1-2 pasienter kunne forlate møtet raskt. Oftest gjaldt dette en logoped eller fysioterapeut. Deretter ble pasientene gjennomgått i samme rekkefølge som deres papirer lå i Kurveboken.

Også ved Lien ble det en liten sekvens for hver pasient. Men rekkefølgen for innleggene om pasienten var fastlagt. Først fikk en sykepleier ordet, så legen, deretter pasientens fysio- og ergoterapeut og eventuelt logoped og sosionom. Disse første innleggene var korte. For hver pasient ble det laget Referat (kap.4.3.2) på storskjermen. Der skrev sekretæren i stikkordsform hvor selvhjulpne pasienten var, og hva som skulle følges opp de neste dagene. Referatet ble lagt i pasientens elektroniske journal. Møtedeltakerne så mer på skjermen enn på hverandre, når det var noe nytt om deres pasienter. Stemningen i rommet var mindre trivelig enn ved Ringen, og langt fra atmosfæren ved Studenttett post (kap.5.1.1). Studentene kommenterte senere fraværet av småprat og at de knapt hilste. Jorid-Fs formulerte dette slik: *Så vi skulle bare sitte der på pinne. Det var så streng stemning der. Før møtene var det sjelden folk snakket om andre ting. Alle bare satt der. Så det var litt anspent stemning.* Slik karakteriserte Line-Fs studentenes opplevelse: *Når vi var der, så turte vi så vidt å se på kaffekannen og kjeksene. Vi turte så vidt å puste når vi var der.* Tidsrammen var knapp og det var kun rom for å ta opp konkrete forhold om pasienter. Studentene trivdes lite i Tverrfaglig møte som var det eneste faste fora for alle profesjoner. Vi skal se at det Lave og Wenger (1991/2003) beskriver som legitim perifer deltakelse, stort sett åpnet for at studentene var observatører ved Lien.

5.2.2. Funksjonsdeling som praksis

Profesjonenes arbeidsfordeling ved Lien kom til syne i Tverrfaglig møte. Et trekk ved Liens møtepraksis og praksis var at pasientenes problem var splittet opp i delproblem og fordelt mellom profesjonene. Strukturen og praksis i møtet reflekterte at det felles interessefeltet var todelt: indremediske forhold og rehabilitering. I Liens praksis lå forventning og tillit til at alle ivaretok sin del av kartlegging, vurdering og tiltak for pasientene.

I Liens praksis var fordelingen av oppgaver tydelig. Hver profesjon tok seg av bestemte problemområder hos pasienten. Denne funksjonsdeling viste seg i hva møtedeltakerne sa noe om og hvilke problemer og tiltak de tok opp. Bildet av Lien som Jorid-Fs ga i intervjuet, speiler profesjonenes funksjonsdeling ved posten og i Tverrfaglig møte:

Vi jobbet sammen som en liten fabrikk rundt hver pasient. Der du skulle sette på deler. Nesten som om de skal sy en hel kjeldress til pasienten, der alle delene må henge litt sammen. Og der ikke noen bare kan sy en fot. Det er slik at den skal henge sammen med øvrige deler av kjeldressen og på et vis. Ikke sant? At alle må samarbeide om alle punktene. Jeg tror alle visste hvilken del av kjeledressen de hadde ansvar for og sørget for å få sydd den sammen og at det var fint i sømmene.

Da jeg spurte: *Men hvem sydde den sammen?*,

svarte Jorid-Fs: *Det var på de tverrfaglige møtene, det at alle møtes.*

Litt senere la hun til:

Jeg tror ikke den kjeledressen hadde blitt sydd sammen uten sykepleierne - de er hele kroppen

Implisitt i Liens praksis lå en forståelse av at alle kjente hverandres oppgaver og anerkjente hverandres bidrag - nesten som ved et samlebånd. Samlet sett ble pasientene ivaretatt ved deltakernes ansvar for hver sin del av pasientenes problem. Metaforen kjeledressfabrikk passet med studentenes oppfatning av Liens virksomhet og praksis. Et sitat fra Aina-Es viser at det var underforstått hvem som skulle si noe om et problemfelt i møtet:

Men det er ikke så god tid man har, så man prioriterer litt. Og er det en [pasient] med tydelig kognitive utfall, så er det veldig mye snakk om det. Og da er det lett å få det [kognitive] inn [i Referatet]. Men har de kanskje ikke så tydelige kognitive utfall, men mye fysisk med undereks⁵⁹ for eksempel, så blir det mye fysio. Og vi [ergoterapeutene] lot fysio ta undereks.

Ergoterapeutene uttalte seg om kognitive funksjoner, armfunksjon, daglige gjøremål og hjelpemiddel. Gange, benfunksjon og forflytning tok fysioterapeutene seg av. Logoped mente noe om tale- og svelgeproblem. Legen viste sjelden til laboratorieprøver, men av og til refererte legen til røntgen- og spesialistundersøkelser. Sykepleiernes oppmerksomhet var på hjelpen som pasienten trengte samt forhold som ernæring, smerte og søvn. Sosionomen søkte eventuelt om plass for videre opptrening og tok seg av søknad om økonomisk hjelp. Hver

⁵⁹ Undereks er forkortelse for underekstremitet og betyr ben

profesjon kartla og fulgte opp enkelte sider ved pasientens delfunksjoner. I møtet gjenga hver profesjon kort utvalgte deler fra sin kartlegging og vurdering. Ved å dele opp pasientenes problem kunne aktørene avgrense arbeidsoppgavene. Profesjonenes innbyrdes fordeling av delproblem reflekterte deltakernes gjensidig anerkjennelse og ansvarlighet i pasientarbeidet. I møtepraksis viste dette seg ved at de overlot vurderinger av ulike delproblem til hverandre.

Møtepraksis innebar at deltakerne presenterte et utvalg av hva de visste om pasientene som presis og endelig viten. Det var nokså entydige forventninger til hva som hørte hjemme i Tverrfaglig møte. For eksempel ble medikamentell behandling og kliniske medisinske undersøkelser sjelden berørt. Et sitat fra Sylvia-F fra veiledersamtalen, illustrerer deltakernes forventninger til hverandre og møtepraksis. Mens hun snakket, nikkete de andre:

At man er kort og presis rundt det man skal si. At man ikke trekker det ut, men tenker hva som er viktig, er tverrfaglig. At det ikke blir for langtekkelig som det er hvis noen går inn i detaljer. Det er viktig et forum å ha og kunne snakke på tvers av yrkesgruppene. Også det at man blir litt kjent med hverandre i forhold til hva den enkelte yrkesgruppe faktisk gjør og tenker rundt pasientene. Vi kan ofte oppleve dem [pasientene] ganske forskjellige, da er det kjempesint å ha det forumet.

I Liens praksis var det skilt mellom det som var tverrfaglig og hørte til i møtet, og det som var profesjonsspesifikt og derfor mindre relevant. Deltakerne valgte ut hva de delte med andre. Muligheten for å ta opp mer opplevelsesmessige sider rundt pasienter ble lite brukt. Det å bli kjent preget heller ikke møtene. Forventninger til samhandling beskriver ofte også hvordan samhandlingen faktisk skjer (Hollander & Gordon 2006). Måten Sylvia-F her brukte *man* og *skal* eksemplifiserer dette, hun beskrev både forventninger og den faktiske samhandlingen. Den første delen i Sylvias utsagn om Tverrfaglige møte er trekk som også jeg så. Møtepraksis var preget av at de brukte fagterminologi og sa lite. Både studentene og personalet etterlyste diskusjon, selv om det tilsynelatende lå det til rette for meningsforhandling. Møtet var preget av utveksling av data og fastsetting av tiltak. Det var et avvik i mønsteret, når de brukte tid og fikk frem underliggende opplevelse og begrunnelser.

Pasientenes problemer var delt i to hovedområder. I det ene området var fokus indremedisinsk sykdom, undersøkelse og behandling. Møtefora for kliniske medisinske forhold var Previsitt og Legevisitt, der møtte sykepleierne og en lege. Det andre området hadde Tverrfaglig møte som fora, og fokus var knyttet til de andre sidene ved pasientenes problem som passet til logoped, ergo- og fysioterapeutenes oppgaver og kunnskapsfelt. Sitat først fra Stine-Ss og deretter fra Heidi-Es illustrerer denne todeling:

For det har mere vært fysioterapeuter og ergoterapeuter som har pratet, som har pratet mer, hatt mer å si, fordi de skal gi en type rapport, men sykepleierne har ikke nødvendigvis så mye nytt å fortelle. Vi ergoterapeuter har ofte fokus på slike ting [PADL teknikk⁶⁰] og deres [sykepleieres] fokus er et litt annet sted i forhold til pleie og omsorg, medisin, alt det der. Og det blir akkurat som om vi ikke tar del i medisin og omsorg på den måten da.

Todelingen i postens virksomhet viste seg i møtedeltakelsen. Sykepleierne og legene avklarte mange forhold i Previsitten. Ergo- og fysioterapeutene var synlig aktive i Tverrfaglig møte, mens de hverken deltok, ønsket eller ble oppfordret om å møte i Previsitt og Legevisitt. De hverken oppsøkte Kurveboken (kap.4.3.2) eller spurte om resultat og medikamentell behandling som var å finne der. Ergo- og fysioterapeutstudentene kjente knapt Kurveboken, slik Heidi-Es sa: *Jeg vet ikke om jeg har forstått hva Kurveboken er, jeg.* Møtestruktur og -praksis påvirket hvilke perspektiv som ble relevante for ergo- og fysioterapeutene. Ergo- og fysioterapeutstudentene satte seg i liten grad inn i medisinske problem og behandling. De var mer opptatt av at pasienten fikk medisin før trening, slik sitatet fra Aina-Es illustrerer:

Av og til kunne det være hvis det stod i journalen at han måtte ha den og den medisinen klokken tolv. Og jeg skulle ha han klokken tolv, så kunne jeg gå og spørre: har han fått den, kan jeg ta han med meg bort? Ok. Da var det greit.

Sammenhenger mellom medisinsk behandling og pasienters prestasjon og trening hadde ingen tydelig plass i ergo- og fysioterapeutstudentene praksis. Kliniske indremedisinske problem var nærmest definert ut av profesjonenes felles forum. Felles interessefelt: å fastsette og løse pasientens problem, ble delt i to. Todeling gjorde at indremedisinske perspektiv ikke hørte til i Tverrfaglig møte. Legenes kliniske undersøkelser og vurderinger ble et bakteppe i møtet. En konsekvens var at mens indremedisinske perspektiv var sentrale i legenes og sykepleiernes praksis, ble dette utydelig i ergo- og fysioterapeutenes praksis. Kliniske medisinske forhold var lite i fokus i ergo- og fysioterapeutstudentenes pasientarbeid. Her skiller Lien seg fra Studenttett post, der studentene gradvis trakk inn indremedisinske perspektiv i sin praksis. En medvirkende faktor er at ved Studenttett post ble medisinske forhold tatt opp i Tverrfaglig previsitt der alle profesjoner deltok. Lien manglet et tilsvarende fora.

Sykepleierstudentene deltok i Previsittene ved Lien. Der var kliniske medisinske kunnskaper sentralt i vurderinger og ble gjort relevante for sykepleiernes praksis. I Tverrfaglig møte ble sykepleierstudentene oppmerksomme på de andre profesjonenes vurderingsgrunnlag. For eksempel reflekterte Stine-Ss slik over dette:

⁶⁰ PADL står for personnære aktiviteter i dagliglivet

Også har jeg lagt merke til eller jeg har bare tenkt; oi, så mye de vet, de vet jo mer om pasientens bakgrunn og hva de liker å gjøre og sånn. Jeg synes det har vært litt følt at ergoterapeuten har visst mer enn sykepleieren. Det er fint at de vet det, men det vi som skal skrive sykepleie-sammenfatningen. Vi [sykepleierstudenter] pratet litt om det med å få frem pasienten, da er det litt trist å tenke på at man ikke har fått til det eller fått med den tingen der.

Sykepleierstudentene erfarte at andre profesjoner hadde kunnskaper om pasienten som hjalp pleierne å forstå pasientens situasjon bedre. For veilederne var innsikt i andres kunnskap om pasientens situasjon med å gjøre Tverrfaglig møte meningsfylt. Kombinasjonen av oppdeling og fordeling av pasienters problem førte til at det ble mye datautveksling uten at bidragene alltid ble forbundet. I veiledersamtalen uttrykte Marit-E eksempelvis dette slik:

Vi bruker nok tid, men det er ikke nok struktur på hvert [tverrfaglige] møte. Så jeg mente det kunne vært kjempebra å få avklart alle ting. Det blir diskusjon, men vi får kanskje ikke konklusjon utav det. Og da har en ikke kommet lenger. Da er det samme diskusjon på neste møte. Og jeg tror ikke vi trenger å bruke mer tid, men at det er mer struktur på hva en prater om og hva en blir enige om.

Deltakerne syntes å være enige om hva problemet var og pasientforløpet videre. Men fraværet av meningsforhandling gjorde at vurderingsgrunnlaget ikke kom helt frem. I møtet var det forutsigbart hvem som sa noe om hvilke delproblem. Formidlingen var i en kortfattet og knapp form. Det var nærmest tatt for gitt at deltakerne kjente hverandres data og vurderinger fra pasientens elektroniske journal. Profesjonenes lokale funksjonsdeling preget deltakernes samhandling og avgrenset dem fra å ta del i hverandres praksis. I møtet dreiet det seg mer om å kjede sammen profesjonenes konkrete aktiviteter enn deres handlingsgrunnlag.

Todelingen i møtenes struktur og innhold gjorde at det var to felles interessefelt for hver pasient. Vi kan forstå dette som to epistemiske rom for meningsdannelse og samhandling. Slik oppdeling kan tolkes som grensearbeid der hensikten er å skape skiller mellom epistemiske rom (Gieryn 1983). Previsitten ble et rom for klinisk medisinsk vurdering og behandling, der legenes medisinske kunnskapsbase lå til grunn. Dette ble støttet av at Kurveboken fungerte som redskap for leger og sykepleiere. Tverrfaglig møte ble et rom der kunnskap var knyttet til vurdering og opptrening av fysisk og kognitiv funksjon. Møtestrukturen og profesjonenes oppgavefordeling fremmet samlet sett effektivitet. For studentene gjorde dette at Liens praksis og møtepraksis fremstod som flerprofesjonell mer enn tverrprofesjonell. To hovedtrekk gjør at denne tolkning ikke passer med Liens praksis. Det ene er måten aktørene brukte pasientens elektroniske journal, og er tema i neste kapittel. Det andre er Liens tverrprofesjonelle kompetanseområder, som jeg tar opp i kapittel 7.1.2. Effektiviteten kan derfor dekke til vesentlige sider ved Liens praksis for studentene og nyankomne. Samtidig er det disse to trekk ved møtepraksis som avgrenset for deltakernes engasjement og felles meningsdannelse.

5.2.3 Felles interessefelt med Referatet som mål og middel

Tverrfaglig møte bar mer preg av å utveksle data og få på plass Referatet, enn å diskutere og engasjere seg i hverandres vurderinger. Referatet var sentralt for å lage felles interessefelt. Innordning fremfor meningsforhandling preget møtepraksis, og praksis ble støttet av Referatet

I Tverrfaglig møte ble status, mål og tiltak for pasienten gjennomgått og eventuelt justert. Hvis Funksjonsskjemaet⁶¹ ble fylt ut, var dette utgangspunkt for Referatet. Referatet kom opp på storskjermen uten særlig diskusjon. Her gjaldt det å få skrevet to-tre korte setninger om pasientens tilstand og aktuelle tiltak. Samhandlingen bar preg av effektivitet og korte innlegg om kartlegging og tiltak. Noen formuleringer av det som ble sagt kom i Referatet, og disse ble ofte diktert av sykepleielederen. Rutinen gjorde at sekretæren nærmest visste hva som ville bli sagt, og hun begynte ofte å skrive før alle hadde snakket ferdig. Deltakerne kastet et blikk på storskjermen når noe ble skrevet der, og helt unntaksvis korrigerste de formuleringer. To beskrivelser fra Stine-Ss og Heidi-Es illustrerer den typiske samhandling i møtet:

Jeg har følt det har vært: hvem skal vi ta først, er det noe ønsker? Og den skal ut, og nå er vi veldig kjappe. Det har vært mer informasjon, så det har ikke vært så mye diskusjon. Men det er hvis man er enig om det og det. Så har det vært om å gjøre å komme fram til noe: Ja, men, hva gjør vi videre. Det er ikke: nå utveksler vi og prater. Det er det også, men det er på en måte: nå gjør vi det på en proff, kort måte, og så skriver vi noen setninger som er Referat eller hva skal vi gjøre videre.

Heidi-Es erfarte møtepraksis slik:

På Tverrfaglige møter er det så travelt at det blir overfeining på overflaten, synes jeg. Du får ikke gått i dybden på de viktige tingene. Og så føler jeg at vi bruker mest tid bare for å få noe på skjermen. Ja, hva skal vi skrive, nå skal vi krysse⁶². Så jeg kunne tenkt meg å vite mer hva er det faktisk de gjør med pasientene hver dag. Jeg kunne tenkt meg å vite hva fysioterapeuten gjør, jeg kunne tenkt meg mer å vite hva skjer med sosionomen, hva har hun tenkt, hva har logopedten tenkt. Alle yrkesgruppene kunne sagt mer om hvor de er nå, hva vil de jobbe videre mot, hva er deres forslag. Det blir bare tilfeldig føler jeg, som: nå er det viktig å trene neglect, også blir det bare slik. Men at hver yrkesgruppe kunne sagt noe om: nå fremover så tenker jeg også at det kan være litt viktig å ha litt fokus her. For da ville de andre ha kommet på banen, så kunne det vært mer diskusjon. For det er ikke noen diskusjon en gang. For det tenker jeg at det er viktig å få til en diskusjon. Ikke bare enmanns dialog: skriv det, skriv det.

For å rekke gjennom alle pasienter i gruppen gjaldt det å få Referatet raskt på plass. Ved å hente et begrep fra Wenger (1998:77-/2004:95-, 2000) kan vi forstå teksten i Referatet som deres felles interessefelt; hva skal skje med pasienten. Referatet var både et konkret redskap og et mål for møtedeltakernes samhandling. Formuleringer som kom i Referatet, var ment å være de som hadde betydning for pasientforløpet. Møtepraksisen innebar at forslag var

⁶¹ Jeg tar opp bruken av Funksjonsskjemaet i kapittel 5.2.5 og 5.2.6

⁶² Å krysse viser til utfylling av Funksjonsskjema, som jeg tar opp i avsnitt 5.2.5 og 5.2.6

godkjent når de ble tatt inn i Referatet. Forslagene ble godkjent uten meningsforhandling om hvordan de var å forstå ut fra ulike perspektiv. Felles interessefelt ble til ved innordning (Wenger 1998:178-/2004:236-) og bekreftet profesjonenes lokale funksjonsdeling og praksis.

Eksemplet under illustrerer hvordan sykepleierleder, Grete-So, drev møtet fremover, trakk konklusjoner og formulerte Referatet. Hver profesjon la frem det som de ønsket å få med. Grete-So tok inn at pasienten kunne stå ved vasken og stelle seg. Observasjonen av at hånden var hoven⁶³ kom også med, etter at Grete-So hadde sjekket ut skuldersmerten med fysioterapeuten. Mulige årsaker til *hevelsen* ble ikke klargjort. To ganger tok ergoterapeuten opp pasientens energikrevende måte å stelle seg, uten at det ble diskutert. Ønsket fra Marit-E om pause mellom treningsøktene, ble ikke fulgte opp av fysioterapeuten. Indremedisinske problem ble ikke utdypet, selv om legen minnet om at pasienten hadde KOLS, nedsatt lungefunksjon og brukte forstøverapparat⁶⁴. Fokus var ofte som her, trening av gange og selvhjulpenhet i egenomsorg. Dette kom inn i Referatet. Implisitt i tiltakene kan det ligge en organisering av pasientens dag med jevn fordeling av treningsøktene og bruk av forstøverapparat i forkant av aktiviteter. Dette siste hadde sykepleierne ansvaret for å få gjort. Ingen av disse forholdene kom eksplisitt frem i møtet og i Referatet. Det er verd å merke seg at studentene sa svært lite, selv om de kjente pasienten.

Eksempel 7

Ruth-S	<i>Går fremover. Selvstelt når vi guider armen litt. Står ved vasken og steller seg</i>
Marit-E	<i>Hun bruker mye krefter, skal se nærmere på teknikken som brukes</i>
Grete-So	<i>dikterer sekretæren hva som skal stå under status: Står med støtte under stell</i>
Marit-E	<i>Hun bruker nok en uhensiktsmessig teknikk, jeg skal se på det i morgen. Hun blir tungpusten i aktivitet. Vi må fordele treningen i løpet av dagen, så hun får pauser</i>
Nils-L	<i>Er viktig at hun får brukt forstøverapparatet før trening</i>
Bente-F	<i>Jeg har tatt vekk skulder-ortosen⁶⁵. (sekretæren skriver dette inn)</i>
Grete-So	<i>Er det mindre smerte?</i>
Bente-F	<i>Har ikke smerter, skulderen er blitt mer stabil⁶⁶, hun går bedre</i>
Grete-So	<i>Spiser og drikker hun bra?</i>
Stine-Ss	<i>Ja</i>
Bente-F	<i>Det er økt varme i affisert hånd</i>
Heidi -Es	<i>Ja, den er varm, men ingen hevelse</i>
Grete-So	<i>Skriv observere varme i affisert⁶⁷ arm. Skal hun trene på noe? P-ADL⁶⁸?</i>
Bente-F	<i>Skriv gangtrening med følge og uten belte (Alle noterer på sin pasientliste)</i>

⁶³ Når det er lammelser av skuldermuskler hos en slagpasient kan hevelse i hånd være tegn på skulderskade

⁶⁴ Pasienter med lungesykdom kan bruke forstøverapparat for å puste inn medikament som gjør det lettere å puste i en periode. Det tar litt tid fra apparatet er brukt før virkningen av medisinen er optimal

⁶⁵ Ortose er en utvendig støtte til ledd. Slagpasienter med lammelser i skuldermuskulatur kan bruke en ortose for å hindre at skulderleddet glir ut av stilling, at strukturer rundt leddet skades og at de får smerte fra området

⁶⁶ Stabil viser her til at muskler rundt skulderleddet har kontroll over leddets stilling

⁶⁷ Affisert arm/ben/side viser til kroppsdeler med nedsatt funksjon etter et hjerneslag (enten høyre eller venstre)

⁶⁸ P-ADL står for personlig aktivitet i dagliglivet, f. eks. spise, kle og vaske seg, dusje og toalettbesøk

Møtepraksis gjør at vurderinger og forslag i liten grad ble utdypet og diskutert. Det er mulig at de forsto hverandres innspill så godt at nærmere avklaring var overflødig. Sykepleierlederen hadde som møteleder, en nøkkelfunksjon for å tolke aktuelle problem og tiltak. Tilsynelatende kjente deltakerne profesjonenes aktiviteter og vurderingsgrunnlag. Både mulige forskjeller og sammenhenger mellom deltakernes handlingsgrunnlag fremstod som avklarte og skapte sjelden engasjement. Nyanser, mulige uklarheter og usikkerheter ble ikke løftet frem. Møtepraksis åpnet i liten grad for kreativitet og felles meningsdannelse. Samhandlingen var mer en innordningsprosess enn engasjement i meningsforhandling. Innordning innebærer lite konfrontasjon mellom erfaringer og mellom ulike perspektiv (Wenger 1998:178/2004:206). Enda tydeligere var studentenes innordning, deres bidrag betød lite for felles interessefelt, Referatet. I møtet var det opp til den enkelte å omforme bidragene så de ble meningsfulle i pasientarbeidet. Ved å lese andres materiale i pasientens elektroniske journal (EPJ)⁶⁹ fikk de hjelp i sin meningsdannelse. Bidragene i Tverrfaglig møte ble supplert og dels erstattet med innholdet i EPJ. Flere av sekvensene i Tverrfaglig møte reflekterer bruken av EPJ. Derfor må Liens møtepraksis også tolkes i lys av bruken av EPJ, som er fokus i neste kapittel.

5.2.4 Referatet som forbindelse mellom praksiser

Både Referat og Tverrfaglig møte formidlet og koordinerte profesjonenes aktivitet også utenom møtet. I Referatet lå forventninger om at andres tiltak ble fulgt opp. Deltakernes ansvar for at pasienten ble mest mulig selvhjulpent lå i Liens praksis. Den knappe formen i Referatet gjorde at den enkelte kunne tolke og tilpasse innholdet til sin praksis. Det førte ikke til konfrontasjon mellom aktørene at tiltak ikke ble fulgt opp helt i tråd med formålet.

Referatet hadde en minimalistisk form, og det anga ikke hvilken profesjon som skulle følge opp hva og hvordan. Alle kunne komme med forslag. Referatet var et redskap som formidlet forventninger til andres oppfølging, og ikke bare hva pasienten skulle oppnå. Oftest handlet dette om tiltak som sykepleierne skulle videreføre for andre. Sykepleierne oppfattet Referatet som viktig i deres arbeid slik Ruth-S uttrykte i veiledersamtalen:

Vi [sykepleiere] som kommer på jobb neste dag, vi leser først og fremst det som var oppe på Tverrfaglig [møte], hva som er bestemt, hva skal vi [sykepleierne] gjøre.

Referatet var en huskeliste for profesjonenes oppfølging av pasienten, og ble lest dagen etter møtet. Få sykepleiere deltok i Tverrfaglig møte, og ofte førte vaktordningen til at pasientens

⁶⁹ Samhandling og EPJ er tema i kapittel 6.

primærpleier ikke var der. Derfor ble Referatet viktig for dem. For ergo- og fysioterapeutene hadde Referatet mindre betydning fordi de var der når deres pasienter ble tatt opp.

Eksemplet under viser til at sykepleierne tolket Referatet slik at det ga mening i deres arbeid. Sitatet fra Stine-Ss speiler også at hun mente at andre profesjoners perspektiv var viktige, men at de kunne bli overskygget av sykepleiernes sykdomsfokus:

I Referatene føler jeg ikke at det blir skrevet ned hva som [ble pratet om]. Det er veldig kort, det virker som om de egentlig har pratet om det. Så er det veldig kort, så det må være veldig bra tilbakemelding fra sykepleieren til sine medarbeidere når man kommer til posten om hva vi diskuterte. Det er den sykepleieren som er der, og skal representere pasienten, så den burde vite. Det er kanskje det jeg mente at det kom fram ting som; oi, det har de fått tak i, det har ikke vi [sykepleier] tenkt så mye på. Og så er det en stor del av pasientens liv for eksempel, som man har helt sikkert lest i [ergoterapeuten] kartleggingsnotat, men ikke tatt det med. Man har kanskje vært mer opptatt av sykdom, eller fordi han har vært litt alvorlig syk. Ja, slik at man skal være opptatt av begge deler. Men så å ta og samle det?

Å lese Referatet var utilstrekkelig for å få forstå hva som lå til grunn for forslagene. Referatet fikk ikke frem mulige forskjeller og sammenhenger mellom profesjonenes praksis. Det kunne være forhold med stor betydning i pasientens liv som brøt med sykepleierstudentenes fokus på omsorg og medisinske forhold. Liens todeling av felles interessefelt for pasienten skinner gjennom. Likevel fikk ikke Referatet en medierende effekt i etterkant av møtet. Det ble ingen diskusjon om hva teksten betød i sykepleiernes praksis. For eksempel uttrykte Stine-Ss seg slik om Referatet:

Det har vært litt slik: ja, ok, tar dere og, kan dere trene- følge opp. Ja, men jeg vet ikke om det er underliggende at det ligger der slik at det forventer vi, så derfor så gir vi bare informasjon, for da vet du at det skal dere [sykepleiere] følge opp.

Referatet var tilgjengelig for alle via pasientens elektroniske journal. Implisitt i teksten lå profesjonenes innbyrdes oppgave- og ansvarsfordeling og delegering av oppgaver. Det var få utfyllende beskrivelser av hvordan tiltakene skulle utføres. For å følge Carlile (2002) lot ikke alltid teksten seg overføre til praksis for de som ikke hadde vært i Tverrfaglig møte. Det vil si at utilstrekkelig omforming av teksten gjorde at Referatet åpnet for å variere hvordan tiltak ble forstått og utført. Dette var tydelig blant studentene, men gjaldt også enkelte nyansatte.

I illustrasjonen som følger er legen fortsatt møteleder, selv om Funksjonsskjemaet var utfyllt. I sekvensen er det flere ting å merke seg. Profesjonenes ansvarsfordeling kom til uttrykk både i hva deltakerne sa noe om, og hvilke spørsmål de fikk. Forventning til sykepleieres oppfølging var tydelig fra lege, logoped og ergoterapeut. Deltakerne anerkjente hverandres prioriteringer, som når Ruth-S støttet logopeden i at logopedi ikke trengtes. Et poeng er ergoterapeuten som

var rask til å foreslå mål som hun knyttet til forbedringer av sykepleiernes oppfølging ved spise- og svelgeproblem. Marit-E dikterte sekretæren slik at forslaget kom i Referatet. Logopeden fulgte opp med å instruere øvelsens rekkefølge. Sykepleierne ble eksplisitt kritisert, hvilket er et unntak. Vanligere var indirekte kritikk i form av å peke på pasientens problem og behov. Ergoterapeutens forbedringsforslag er et slikt eksempel. Ruth-S er overrasket over at ikke munnstell ble gjort. Men hun verken unnskyldte sykepleierne eller startet å diskutere om og hvordan de kunne følge opp pasienten.

Eksempel 8

Nora-L	<i>Hva skal vi fokusere på? Hvem har noen velvalgte ord? Pasienten er mellomfornøyd med hyppighet av treninger.</i>
Logoped	<i>Han har etterlyst logoped, hvorfor det? Det eneste å gjøre er motoriske⁷⁰ øvelser</i>
Nora-L	<i>Er han vurdert av logoped før?</i>
Ruth-S	<i>Ja. Det er fordi han har vært her før at det er stadig et eller annet</i>
Logoped	<i>Har vurdert svelgfunksjonen, tror det er dysfagi⁷¹ og dysartri⁷². Jeg delegerer de øvelsene til posten. Lite funn. Mest motorikk. Er det tungebelegg?</i>
Nora-L	<i>Vi gir Mycostatin⁷³. Hva sier fysio?</i>
Alice-F	<i>Vi [fysioterapeut] trener sittebalanse og høy forflytning⁷⁴ samt gange (sekretær skriver)</i>
Nora-L	<i>Hvordan er utholdenheten?</i>
Alice-F	<i>Ja, funksjonen er nokså ok, men han siger sammen i bena</i>
Nora-L	<i>Vi får gi pasienten litt tid her</i>
Marit-E	<i>Et mål er å kunne spise på spisesalen, skriv det. Skriv at logoped setter i gang øvelser (til sekretæren). Er en fordel at det følges opp, gjelder flere pasienter også. De trenger munnstell etter maten</i>
Logoped	<i>Det må følges opp, så ikke blir liggende mat i munnen. Særlig når det er soppinfeksjon</i>
Ruth-S	<i>Blir ikke det gjort?</i>
Marit-E	<i>Få gjort dette etter måltidene, trengs ikke bare om morgenen. Kan vi lage et avkryssingsskjema for det?</i>
Logoped	<i>Start med øvelser for ansikt og svelg, og lag et skjema for munnstell</i>
Nora-L	<i>Viktig. Hvis ikke det følges opp helt, blir det fort sopp. Er sykepleierleders ansvar, hvordan det gjøres, er hver enkeltes ansvar</i>
Heidi-Es	<i>Vi [ergoterapeuter] øver synsfelt og hånd (sekretær skriver). Bra fremgang i hånden</i>
Nora-L	<i>Er det leseproblem her?</i>
Marit-E	<i>Han hopper over linjer, og er ukonsentrert</i>
Alice-F	<i>Studenten sier at han er litt urolig når han skal gjøre noe</i>

Ved Lien forventet aktørene at alle fulgte opp hverandres tiltak, og at de visste hvordan. Det var lite diskusjon om delegerte oppgaver selv når de ikke ble gjort eller utført annerledes enn det formålet tilsa. De brukte ikke tid på å få frem hva tiltaket betød for pasienten eller konkret gjennomføring. Her kom det frem at munnstell forebygger sopp, og de laget en timeplan for

⁷⁰ Motorisk, motorikk handler her om kontroll over muskler for å tygge, svelge, tale, mimikk osv

⁷¹ Dysfagi betyr nedsatt muskulær kontroll over svelg

⁷² Dysartri betyr nedsatt muskulær kontroll for å kunne tale

⁷³ Mycostatin er et medikament som brukes ved soppinfeksjon i munnhule

⁷⁴ Høy forflytning betyr at pasienten reiser seg opp for å komme seg til/fra rullestol og seng/stol/WC

munnstellet. Men lite kom frem om hvordan tiltak for gange, forflytning og hånd skulle videreføres. Uklarhet og ulikhet i deltakernes begrunnelser ble dermed ikke tydelig. Et annet eksempel er at medisinske forhold fikk lite oppmerksomhet i pasientenes daglige program, som pasientens KOLS i eksempel 7. Møtepraksis avgrenset deltakerne fra å knytte sammen deltakernes handlingsgrunnlag og forståelse av hva bidragene betød i pasientarbeidet.

Deltakerne støttet hverandre når noen reduserte innsatsen for enkelte pasienter. Når delegerte oppgaver ikke ble utført, dempet de mulige spenninger ved å vise til høy arbeidsbelastning, enten det var mange pasienter som trengte mye hjelp, eller fordi det manglet sykepleiere (se også eks.7). I møtet var det lite kritikk og konfrontasjon mellom deltakernes perspektiv og derfor heller ikke profesjonenes posisjoner. I møtepraksis hadde sykepleierlederen en sterk posisjon. Slik veilederne påpekte, var det krevende å imøtegå henne. Det er derfor mulig at deltakerne var for utrygge til å være uenige. Fravær av diskusjon i kjølvannet av kritikk kan være uttrykk for at deltakerne kjente og hadde tillit til hverandres kompetanse. Taushet og støtte til innspill kan tolkes som anerkjennelse (Hollander & Gordon 2006) av andres vurdering og praksis. Profesjonen vurderte selv hvordan den brukte sine ressurser. Den enkelte avgjorde hvilke pasienter som hadde mest utbytte av profesjonens kompetanse. Personalet anerkjente andres valg og prioritering innen sin profesjons ansvarsfelt. Dette var gjennomgående i Liens praksis og møtepraksis.

Sykepleierne ble nærmest instruert av de andre profesjonene i hva de skulle følge opp, og samtidig koordinerte sykepleierne pasientenes hverdag. Dette er synlig i måten sykepleierlederen konkluderte i Tverrfaglig møte. Bildet som fysioterapeutstudenten ga av sykepleierne som *kroppen* kjeledressproduksjonen, viste også til sykepleiernes sentrale funksjon. Flere har utforsket og pekt på sykepleiernes ansvar og koordinering av pasienters hverdag og utskrivning (For eks. Pryor, Walker, O'Connell m. fl. 2009; Olsvold 2010). Sykepleierne så ut til å innordne seg og utførte oppgaver for andre profesjoner uten diskusjon. Uten at det ble uttalt var aktørene gjensidig ansvarlige for at pasientene ble mest mulig selvstendige i daglige gjøremål. Fysioterapeutene erfarte at deres tiltak ble videreført av sykepleierne, slik sitatet fra Line-Fs illustrerer:

Det synes jeg var veldig bra der faktisk. Når du ga beskjed om at de trenger å bli gått med på kvelden eller trenger å gå i trapp, så tror jeg de [pleierne] gjorde det, stort sett. Så akkurat det virket det som de var innstilt på å gjøre. De så også at han der trenger mer trening enn han får av fysioterapeuten.

Fast ansatte sykepleiere var kjent med hvordan de kunne gå med og forflytte pasientene. Det

lettet også deres arbeid når pasienter kom seg trygt rundt på egen hånd. Like fornøyd var ikke ergoterapeutene med sykepleiernes oppfølging av tiltakene.

Ergoterapeutstudentene og deres veiledere snakket flere ganger om hvordan sykepleierne utførte tiltak. Et tema var at pasientens trening i PADL ble hemmet når pleierne ikke sørget for at pasienten brukte forstøverapparatet i tide. Også Stine-Ss bemerket at pasienten var sliten og trengte å bruke apparatet flere ganger daglig. Oftere var temaet at ergoterapeutenes tiltak ikke ble integrert i sykepleiernes arbeid med pasienter. Dette dukket sporadisk opp i Tverrfaglig møte, som i eksempel 8. I veiledersamtalen formulerte Marit-E dette slik:

I forhold til PADL, i hvert fall, så er det en utfordring, ja. Dere [til Ruth-S] har mange forskjellige som går inn [til pasienten]. Og hvis vi [ergoterapeuter] legger i tiltak at det skal gjøres i den og den rekkefølge, og den påkledningsteknikken, så er det vanskelig å få til.

Det var utfordrende å få til en felles måte å trene pasienter i deres daglige gjøremål, dels fordi det var mange pleiere som hjalp den enkelte pasient, dels fordi sykepleierne ikke helt forstod hva andre profesjoners vurdering og tiltak innebar i pasientarbeidet. Et sitat fra Aina-Es illustrerer at ikke alle sykepleierne helt mestret teknikker som gjorde at pasienten klarte daglige gjøremål, slik som ergoterapeutene forventet:

Jeg trodde de [sykepleierne] skulle være kjempeflinke til å la være [å hjelpe], og stå og se på og guide og slike ting, til at det var en slik type post. Men jeg synes det virket at de ikke var så flinke som jeg hadde trodd de skulle være.

Ergoterapeutene var klar over at påbegynte tiltak ikke alltid ble videreført av sykepleierne fordi hverdagen var travel. Samtidig var både ergo- og sykepleierstudentene usikre på om pleierne tilrettela og ga pasienter nok tid slik at de kunne gjøre mest mulig selv. Dette kan henge sammen med at ergoterapeutenes forslag ikke var selvforklarende og helt ga mening i pleieres praksis. En slik tolkning har støtte i andres forskning. Long, Kneafsey, Ryan & Berry (2002) fant at sykepleiere har lett for å ta over for pasienter som strever med å mestre PADL. Videre at sykepleiere trenger mer kunnskap for integrere pasientens egeninnsats i sitt omsorgsarbeid. Atwal, Tattersall, Caldwell og Craik (2006) peker på at sykepleiere ikke nevner videreføring av ergoterapeutens tiltak, men de utfører oppgaver for fysioterapeuten.

Ved Lien ble det tatt som en selvfølge at aktørene både fulgte opp hverandres tiltak og visste hvordan. Ergo- og fysioterapeutstudentene antok at sykepleierne kunne og brukte samme type kunnskaper som dem selv. For eksempel kunnskaper om hvordan kognitive funksjoner kunne vurderes i pasienters aktivitet, slik Aina-Es uttrykte:

For å få en person hjem, så er det flere fokus man må ha. Og kanskje vi [ergoterapeuter] hadde fokus på det kognitive for å få en person hjem. Sykepleierne måtte se, og det går og på det kognitive - om de klarte blant annet det med medisiner eller klarer den å spise, får den i seg nok mat, for eksempel.

Selv om de var klar over ulikheter profesjonenes fokus, hadde aktørene forventninger om en type felles kunnskap. I mitt materiale er eksempelvis gange og forflytning krevende for andre enn fysioterapeutene og særlig for studentene ved begge sykehus. Fysioterapeutene ved Lien mente at sykepleierne både kunne forflytte, trene gange og se når gangtrening var påkrevd. Underforstått hadde de et felles handlingsgrunnlag ved Lien. Men Referatet var umiddelbart ikke en ressurs for å forstå hva de ulike perspektiv innebar i daglige pasientarbeid. I løpet av feltarbeidet kom det frem at ved Lien hadde de utviklet tverrprofesjonell kompetanse knyttet til flere av pasientens delproblem. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 7.1.2. I lys av denne felles kompetanse antok deltakerne at alle kunne og fulgte opp pasienter.

Referatet hadde flere trekk som gjør at dette er å forstå som grenseobjekt, et begrep utviklet av Star og Griesemer (1989). Informasjon og føringer for felles pasienter som lå i Referatet, var tilgjengelig i pasientens elektroniske journal (EPJ) og forbandt personer og profesjoner uavhengig av person, tid og sted, og det reduserte deres usikkerhet om hva som skulle skje. Men Referatet både åpnet for og forutsatte at den enkelte tolket innholdet. Dimensjonen Idealtypen ved grenseobjekt kan bidra til kommunikasjon og redusert usikkerhet når flere grupper er involvert (Star & Griesemer 1989; Star 1989b:37-54). Slike grenseobjekt tjener som en modell eller modell med begrenset detaljeringsgrad, hvilket tillater stor grad av tilpasning. Det gjør at kunnskapene som ligger til grunn, kan være på flere abstraksjonsnivå. Referatet hadde flere slike fleksible trekk. De korte formuleringene fikk ikke frem nyanser og forskjeller i profesjonenes tiltak og handlingsgrunnlag. Dette gjorde at tiltak ble tilpasset flere profesjoners praksis og forstått utfra ulike perspektiv. Dette illustrerer at fordi tingliggjorte forbindelser åpner for flere tolkninger, kan felles meningsdannelse også trenge deltakelse (Wenger 1998:62-/2004:77-). Utfordringene som Referatet forstått som tingliggjort forbindelse, skapte variasjoner i hvordan tiltak ble utført og forstått. Utfordringer med å tolke Referatet var mest tydelig for nyankomne, som studentene. Ved Lien fungerte Referat og Tverrfaglig møte også som symbol på Liens praksis. Det vil si profesjonenes samarbeid om å gjøre pasienter i stand til å mestre hverdagen. En side ved Idealtypen av grenseobjekt er at de kan fungere som symbol (Star & Griesemer 1989; Star 1989b:37-54). Symbolverdien viser seg i betydningen som personalet tilla Referatet og møtet. Et eksempel er metaforen om kjeledressen som ble sydd sammen i møtet.

5.2.5 Funksjonsskjema som redskap for å kategorisere

Funksjonsskjemaet ble brukt til kategorisere og dele opp pasientens problem. Pasientens delfunksjoner fikk en tallverdi som sa lite om vurderingsgrunnlaget. Funksjonsskjemaet fremmet samhandling preget av rutine og innordning, der usikkerhet, ulikhet og sammenhenger i liten grad kom frem. Som redskap er skjemaet med på å bekrefte og forme Liens praksis.

I Tverrfaglig møte ble pasientens problem fastsatt ved hjelp av Funksjonsskjema (kap.4.3.2) ved innleggelse, utskrivning og en gang underveis under oppholdet. I møtet graderte de hvordan pasienten mestret de 28 delfunksjonene i skjemaet, 3 var god funksjon og 1 var lite funksjon. Å fylle ut Funksjonsskjemaet ble kalt *å krysse pasienten*. Legen fylte ut og ledet utfyllingen av skjemaet. Ut fra profesjonenes materiale i pasientens elektroniske journal (EPJ) foreslo legen gjerne skåringsverdiene. I prinsippet kunne alle mene noe om alle punkt, men Liens oppgavefordeling viste seg i hvilke punkt som profesjonene uttalte seg om. Utfyllingen gikk raskt og effektivt fordi de hadde fastsatt skåringer for sine pasienter før møtet. Deltakerne kom med en kort opplysning eller et faguttrykk ved tvil om en skåring. Vanligere var det å se på verdien opp mot skåringskriteriene for det aktuelle punkt. Kriteriene tjente som fasit for å omgjøre vurderinger til tallverdier, og de ble aldri diskutert. Gjennomgående ble usikkerhet avgjort uten begrunnelse og diskusjon. Tilsynelatende visste de profesjonelle hva kategorier og skåringer betød og hvilke profesjoner som kunne vurdere hvilke funksjoner. I studentintervjuene viste det seg at hva alle skåringer innebar ikke var helt selvforklarende.

Illustrasjonen som følger er typisk for hvordan deltakerne brukte Funksjonsskjemaet for å fastslå problemene ved *å krysse*. Legens spørsmål og henvendelse speiler hvilke profesjoner som pleide å uttale seg om hvilke punkt. Sekvensen viser også at flere kjente andres materiale fra elektronisk journal. Nora-L fikk frem at hun kjente andres vurdering. Marit-E hadde lest røntgenlegens notat for å tolke sine tester, før hun spurte om forklaring i møtet. Underveis ble pasientens stemningsleie avklart, der landet lege og ergoterapeut på verdien 2. Det ble en kort diskusjon rundt synsfeltutfall om CT- resultat som førte til synsundersøkelse. Hva pasienten mestret og på hvilke måter, ble ikke beskrevet. Ergoterapeutstudenten prøvde å presisere hva pasienten klarte og strevet med, og dette ble omgjort til tall. Faguttrykk ble ikke utdypet, men ingen ga uttrykk at de ikke forsto hva som ble sagt. Da skjemaet var utfyllt, fortsatte de med Referatet.

Eksempel 9

Logoped	<i>Vi har ikke krysset av denne pasienten</i>
Nora-L	<i>Våkenhet og konsentrasjon er vel 3. Innsikt og hukommelse?</i>
Bente-F	<i>Husker ok</i>
Heidi-Es	<i>Ja, spør etter oss</i>
Nora-L	<i>3. Stemningsleie 2-3</i>
Marit-E	<i>Er litt avflatet</i>
Bente-F	<i>Synes dere det?</i>
Nora-L	<i>2 stemningsleie. Neglect⁷⁵ er 1. Rom-retning⁷⁶ er det 2? (til ergoterapeuten).</i>
Marit-E	<i>Ja</i>
Nora-L	<i>Overeks⁷⁷ er 1-2 (ser på ergoterapeuten).</i>
	<i>Undereks⁷⁸ 2-3, sittebalanse?(ser på fysioterapeuten)</i>
Bente-F	<i>2, er bedre</i>
Nora-L	<i>Ståbalanse 1(ser på fysioterapeuten). Ingen spastisitet⁷⁹ 3.</i>
	<i>Sensibilitet⁸⁰?(ser på ergoterapeuten)</i>
Heidi-Es	<i>Nedsatt temperatursans, stereognostisk sans</i>
Nora-L	<i>Blir 2 verdi da? (Marit-E og Heidi-Es nikker) Skulder 2</i>
Bente-F og Marit-E:	<i>hm</i>
Nora-L	<i>Dysfagi⁸¹ og dysartri⁸² 2 (ser på logoped som nikker) Hva med synsfelt⁸³?</i>
Heidi-Es	<i>Har i alle fall neglect, noe synsfeltutfall, er vanskelig å undersøke</i>
Marit-E	<i>Hva viser CT? Er gjort to ulike CT som ga ulike svar</i>
Nora-L	<i>Leser CT beskrivelsen høyt og sier: Den er ikke så detaljert.</i>
	<i>Vi får teste synet. Forflytning 3(til fysioterapeuten). Gange?</i>
Bente-F	<i>2-3</i>
Ruth-S	<i>Inkontinens⁸⁴ 2-3, tarmkontroll 3</i>
Nora-L	<i>PADL?</i>
Ruth-S	<i>Det er 1. Spise 2. Klarer ikke WC, så det blir 1</i>

Funksjonsskjema omgjorde deltakernes vurdering av pasientens ressurser og problem til enkeltfunksjoner og tall. Skjemaet tjente som redskap for splittet opp pasientens problem i flere deler eller kategorier. Samtidig avgjorde profesjonenes oppgavefordeling hvilke deler av skjemaet som deltakerne konsentrerte seg om. Redskapets kategorisering av problemet og deltakernes fordeling av vurderingene bekreftet hverandre.

I Liens praksis var det forventet hver profesjon kartla og vurderte ulike sider ved pasientens situasjon. Sentrale perspektiv på pasienters problem i Tverrfaglig møte svarte til punktene i Funksjonsskjemaet. Dette bidro til å holde indremedisinske forhold vekk i problemfastsetting

⁷⁵ Neglect handler om å vite hvor høyre og venstre side er (kropp og/eller rom)

⁷⁶ Rom-retning handler om å kunne vurdere romlige forhold som avstand, størrelse, retning, for- og bakgrunn

⁷⁷ Overeks betyr overekstremitet dvs funksjon i arm

⁷⁸ Undereks betyr underekstremitet dvs funksjon i ben

⁷⁹ Spastisitet betyr at muskulatur har økt spenning, trekker seg sammen som følge av skade i hjernen

⁸⁰ Sensibilitet er følelsessans om omfatter flere typer som evne til å kjenne berøring, smerte, temperatur, stilling i ledd og gjenkjenning av objekt i hånden (stereognostisk sans)

⁸¹ Dysfagi betyr nedsatt muskulær kontroll over svelg

⁸² Dysartri betyr nedsatt muskulær kontroll for å kunne tale

⁸³ Synsfeltutfall betyr at bare synsinntrykk fra hele eller deler av den ene siden blir oppfattet

⁸⁴ Inkontinens betyr at pasienten ikke har kontroll over blære

og vurdering av pasientens funksjon. Skjemaets kategorier passet ergo- og fysioterapeutenes kunnskapsfelt og kartleggingsverktøy. Deres bidrag hadde en tydelig plass i møtet. Et sitat fra Stine-Ss illustrerer dette:

Ja, jeg tror man kan si noe om alt. Men jeg tror mye av testene som er gjort er avgjørende for ting som kryssing. Også vet man at fysioterapeuten kan mer uttale seg rundt hva slags ressurser pasienten har fysisk, og ergoterapeuten kanskje psykisk på grunn av de testene.

Skjemaet signaliserte hvilke perspektiv som var aktuelle og ga føringer for møtepraksis. Dette bekreftet todelingen av felles interessefelt for pasienten, der kliniske medisinske vurderinger var lagt til Previsitten. Bildet av Liens virksomhet som kjeledressproduksjonen, som Jorid-Fs ga (kap.5.2.2), var godt synlig i samhandlingen rundt Funksjonsskjema, og kom frem i andre intervjuer og i fokusgruppen. Forventninger til hva profesjonene skulle bringe inn i møtet samsvarte i stor grad med profesjonenes lokale arbeidsfordeling. Dette ble tydelig når noen var fraværende, slik Marit-E også uttrykte i veiledersamtalen:

Det blir ofte når det gjelder kognitive utfall, hvis ikke ergoterapeutene er der, så er det ingen som tør å ha noen mening om det, så det er merkelig egentlig.

Måten møtedeltakere fordelte ansvaret for punktene i Funksjonsskjema, så ut til å påvirke deres daglige praksis. Slik beskrev Heidi-Es hvordan fordelingen av punkter i skjema innvirket på deres praksis:

Jeg føler at det er noen faste punkter for faste yrkesgrupper, som de forventer å få et svar fra. Prattet de om noe kognitivt så, har ikke dere [ergoterapeuter] undersøkt det? Nei vel. Da har vi ingenting. Uten å spørre de andre om de har sett noe. Det synes jeg det er litt tendens til. For slik som i forhold til hukommelse og neglect og mange ting, det oppdager, det ser du i observasjoner. Og alle observerer jo pasienten daglig. Og da tenker jeg at da kan alle si noe om det og. Men det er jo slik; det vet dere, det vet dere, det vet dere.

Funksjonsskjema tjente som møteagenda og huskeliste for kartlegging av pasientens problem. Sitatene over peker på at flere profesjoner kunne vurdere samme delproblem og funksjon (her kognitiv funksjon). Men det typiske mønster var at hver kategori i skjemaet ble vurdert fra en profesjons perspektiv. Standardiserte skjema påvirker hva profesjonelle ser etter og bruker i sine vurderinger (Timmermans & Berg 2003). Funksjonsskjemaet ga dels føringer for hva den enkelte undersøkte og vektla, og hva de overlot til andre profesjoner. Profesjonenes arbeidsfordeling ga føringer for møtepraksis og omvendt.

I intervjuene tok jeg opp min observasjon av profesjonenes fordeling av punktene i Funksjonsskjemaet. For eksempel uttalte ergoterapeutene seg om sensibilitet etter å ha testet

følelsessansen i hendene. Sensibilitet sa verken lege og fysioterapeut noe om, selv om testing av sensibilitet i både arm og ben inngår i deres undersøkelse ved hjerneskade (f.eks. Gjerstad, Helseth & Rootwelt 2010)⁸⁵. Da dette tema kom opp i veiledersamtalen, lo Marit-E litt av at benet ble utelatt i skjemaet, og sa litt spøkefullt: *Benets sensibilitet er et ikke-tema*. Det viste seg at gradvis overlot fysioterapeutstudentene vurdering av sensibilitet til ergoterapeutene. Også fysioterapeutene kunne utelate sensibilitetstesting. Ergo- og fysioterapeutstudentene hadde ikke tenkt over implikasjoner av at benets sensibilitet ikke ble tatt opp. Underforståtte antakelser om at andre ivaretok pasientens funksjoner og kroppsdeler som ikke skjemaet omfattet, viste seg for eksempel i utsagn som dette fra Heide-Es:

Ja. Men det er jo på en måte ikke [vårt ansvar], vi [ergoterapeuter] har overeks. Da føler jeg at benet burde være fysioterapeuten sitt ansvar. Så det kan godt hende de gjør det, men da må de skrive det inn i EPJ. Og når vi krysser det [Funksjons-] skjema, så blir sensibilitet bare målt ut i fra overeks.

Ergo- og fysioterapeuter ved Lien delte nærmest pasientens over- og underkropp mellom seg.

Vurdering av pasientens mestring i daglige gjøremål ble overlatt til ergoterapeutene. Andre profesjoner kunne nøye seg med å vise til og følge opp deres vurdering av PADL. For eksempel formulerte Stine-Ss dette slik:

Fordi det kan være at hvis sykepleieren vet at man har hatt PADL [kartlegging], ja, så er det kanskje de [ergoterapeutene] som kan uttale seg mest med det, for vi gjør jo bare det som de [ergoterapeutene] har sagt. Men hvis det ikke har vært det [PADL kartlegging], eller det er lenge siden, så kan man si 'ja, men nå gjorde pasienten det eller det'.

Ved å anerkjenne og ikke stille spørsmål ved andres vurdering bekreftet deltakerne også hverandres ansvarlighet og kompetanse. For den enkelte ble Funksjonsskjemaet en hjelp til å avgrense sitt ansvar ved å stole på at andre profesjoner kartla og vurderte resten. Selv om håndfunksjon inngikk i ergoterapeutenes kartlegging, var det sykepleierne som vurderte hvordan pasienter mestret å spise. Når ergoterapeutene tallfestet funksjon i *overeks*, omfattet det ikke observasjon av armbruken under måltider. Slik beskrev Aina-Es de funksjoner knyttet til måltid som sykepleierne vektla:

Det var veldig sjelden vi observerte en matsituasjon, og den spisingen der, den graderingen der, den gikk også veldig mye på det med fortykning [av væske] eller ikke. Klarer han å spise nok, kostregistrering og det her. Og det var jo det de gjorde, det var jo det de kunne. Så det følte jeg egentlig var veldig greit, egentlig.

⁸⁵ Hjerneskade kan gi ulike former for sensibilitetsendring og disse kan være forskjellige ulike steder på kroppen, som arm og ben. Endret sensibilitet i bena kan ha store konsekvenser for balanse, gange og daglige gjøremål (f. eks. Brodal 2007:203,221, 288).

Her ble ikke ergoterapeutenes vurdering av arm- og håndfunksjon knyttet sammen med sykepleiernes registrering om og hvordan pasienten klarte å få i seg nok mat og drikke, eller omvendt. Profesjonene kartla ikke helt det samme, og de hadde ulike innfallsvinkler. I bruken av felles skjema ble profesjonenes perspektiv ikke synlige eller diskutert, de var implisitt i kategoriene. Lite diskusjon kan være uttrykk for anerkjennelse av hverandres praksis. En slik gjensidig anerkjennelse gjorde det mulig for deltakerne å avgrense sine oppgaver. Tillit til andres kompetanse gjør det mulig å overlate oppgaver til andre uten å kontrollere utførelsen (Grimen 2008b:206). Det vil si at aktørene kunne observere, undersøke og vurdere ulike sider ved pasientens funksjon. I Liens praksis var det også tydelig tillit til at andre profesjoner ivaretok de delproblemer som en selv ikke tok. På den ene side var felles skjema et middel for å effektivisere møtet og Liens daglige virksomhet. På den annen side reduserte disse redskapene muligheten for å skape forståelse ved å få frem forskjeller og sammenhenger i profesjonenes kartlegging og kunnskaper.

På samme måte som Referatet, kan vi se Funksjonsskjemaet som grenseobjekt. Star og Griesemer (1989) bruker betegnelsen Lager om grenseobjekt som er en samling satt sammen av moduler. Et utfylt Funksjonsskjema var en samlet fremstilling av deltakernes vurdering av pasientens kognitive og fysiske funksjonsproblemer. Samtidig var skjemaet et redskap som bidro til å modulere pasientens problem og av profesjonenes oppgaver. Dimensjonen Lager ved grenseobjekt, muliggjør separate analyser av ulike deler (ibid.). Funksjonsskjemaet åpner for at aktørene samlet inn og vurderte materialet innen profesjonens ansvarsfelt. Skjemaet var med å understøtte og bekrefte postens praksis og hjalp deltakerne til å avgrense sitt ansvar. Redskapet samlet deltakernes tingliggjorte vurderinger i form av tall, der profesjonenes ansvarsfordeling viste seg i redskapets deler. Ved Lien var å *krysse pasienten* en metafor for profesjonenes oppgavefordeling og tillit til hverandres ansvarlighet. Det er å ligne med symbol som er en side ved Ideal-form for grenseobjekt (Star & Griesemer 1989). *Krysse pasienten* var symbol på at deltakernes knyttet sammen profesjonenes kunnskaper, mens deres praksis skapte grenser for profesjonenes oppgaver og ansvar.

Grunnlaget for deltakernes skåringer var den enkeltes kartlegging og erfaring fra møtene med pasienten. For å trekke inn Wengers begrep tingliggjøring (1998:57/2004:72), kan vi se skåringene i møtet som en form for tingliggjøring av den enkeltes praksis og erfaring. Omgjøring av vurderingen av funksjon til et tall uten nærmere redegjørelse og diskusjon, ble

heller ikke tatt opp med studentene. I møtet var det nærmest tatt for gitt at alle kjente og forsto hverandres vurderingsgrunnlag fra pasientens elektroniske journal (EPJ). Skriftlig materiale ble unntaksvis tatt opp i Tverrfaglig møte. Profesjonenes kunnskaper lå implisitt i de deler av skjemaet og skåringene som de uttalte seg om. Skjemaet og måten som dette redskap ble brukt på, erstattet langt på vei meningsforhandling om pasientens problem. Mulige forbindelser og ulikheter i profesjonenes perspektiv som lå i redskapets kategorier ble utydelige, og det var nesten ingen konfrontasjon mellom deltakernes synspunkt. I møtet ble samhandlingen organisert av felles redskap, og den var rutinepreget og effektiv. Vi kan forstå møtepraksis mer som innordning enn meningsforhandling (Wenger 1998/2004) når deltakerne vurderte og fastsatte problem. Innordningen bidro til at Liens møtepraksis, virksomhet og praksis ble anerkjent, opprettholdt og koordinert. Liens praksis innebar at deltakerne hadde tillit til hverandres kunnskaper om og ansvarlighet for sin del av pasientens problemfelt. Praksis gjorde at samhandlingen om felles skjema ikke fikk frem ulikhet og forbindelser i vurderingsgrunnlag. Uten felles meningsdannelse ble det utydelig hva andres tingliggjøring i form av skåringer betød for praksis, ikke minst gjaldt dette for studentene.

5.2.6 Ubalanse mellom redskap og vurdering skaper meningsforhandling

Det ble diskusjon hvis deltakernes vurdering og Funksjonsskjemaet ikke passet sammen. Når innordningsmønstrer ble brutt, kom vurderingsgrunnlag, usikkerhet og undring frem under skåringen. Skjemaet fremmet da meningsforhandling og felles meningsdannelse. Diskusjonen synliggjorde Liens kompetanse som skjemaets kategorier vanligvis dekket til. Også deltakernes engasjement og felles ansvarlighet for å vurdere og fastsette problem ble tydelig.

Tilsynelatende var aktørene tilfredse med utvalget av funksjoner og problem som pasientens Funksjonsskjema fanget opp. Mangler ved skjemaet ble tidvis kort kommentert uten at de diskuterte å endre skjemaet. Studentene antok at personalet hadde diskutert Funksjonsskjema, skåringskriterier og bruken tidligere. Når vurderingene ikke passet med skjemaets kategorier, fikk redskapet en medierende virkning. Slike mønsterbrudd er interessante fordi de får frem flere sider ved praksis (Emerson et al. 1995; Wetherell et al. 2001). Deltakernes vurdering i form av tallverdier var da utilstrekkelige. Diskusjon ble nødvendig for å vurdere pasientens situasjon og konsekvenser for deltakernes praksis. For eksempel kom begrunnelser mer til syne, når smertelindring hemmet kartlegging, trening og oppfølging i daglige gjøremål. Dette gjaldt både vurderinger i møtet og pasientforløpet.

I illustrasjonen som følger ble flere av deltakerne klar over at Funksjonsskjemaet verken dekket eller fikk frem nyanser i vurderingen. Logopeden ble i tvil om validiteten i testen av språkforståelse når også nedsatt hukommelse var aktuelt. Ergo- og fysioterapeutene pekte på pasientens gode nevropsykologiske og motoriske funksjoner. Det ble tydelig at skjemaet ikke fanget opp pasientens problem. Endret diagnose ble et tema, og da ble legen mer aktiv enn vanlig i møtet. Den vanlige møtepraksis ble brutt og førte til utdyping av vurderinger, og meningsforhandling om problem og videre planer. Sekvensen illustrerer også at når skåringer fremsto som sikre, kunne de dekke til uklartheter. Uklarhet og usikkerhet viste seg først når det ble diskusjon om vurderingsgrunnlaget. Etter hvert ble det klart at de manglet grunnlag for å fastsette både mål og tiltak. Sekretæren fikk ikke gruppen til å utforme mål slik de pleide. Denne gang ble spesialistundersøkelsene avgjørende for hva som skjedde videre.

Eksempel 10

<i>Liv-L</i>	<i>Vi skal krysse pasienten på skjema</i>
<i>Marit-E</i>	<i>Rivermead⁸⁶ viser nedsatt hukommelse, skåre blir 1-2</i>
<i>Liv-L</i>	<i>Økt stemningsleie, 2</i>
<i>Logoped</i>	<i>Afasi, ikke lett å si. (til Marit-E) Nedsatt hukommelse, hvor mye vil afasi avhenge av hukommelse? Vil få dårlig resultat på logopedtest ved nedsatt hukommelse.</i>
<i>Marit-E</i>	<i>Han har nedsatt innsikt, bagatelliserer, er ikke apraksi eller neglect</i>
<i>Liv-L</i>	<i>Leser opp listen med problem [gjengis ikke pga anonymisering]</i>
<i>Alice-F</i>	<i>Alt motoriske⁸⁷; gange, forflytning, skulder – er 3 skåring. Pasienten er for god for skjemaet, fører til at utfall ikke vises</i>
<i>Liv-L</i>	<i>Tror dette er en MS- diagnose, vi får svar etter spinalpunksjon. Problem at endringene etter traumet gjør det vanskelig å tolke hva som er hva. Øyebunnendring stemmer med MS</i>
<i>Alice-F</i>	<i>MS kan stemme med pasients balanseproblem</i>
<i>Liv-L</i>	<i>Dobbelt-syn passer med MS</i>
<i>Sekretær</i>	<i>Hva er målet? Tilbake hjem?</i>
<i>Logoped</i>	<i>Kartlegge afasi mer</i>
<i>Marit-E</i>	<i>Nedsatt hukommelse er det mulig å trene opp?</i>
<i>Liv-L</i>	<i>Hvis det er MS, vil det bestemme hva ergo kan gjøre</i>
<i>Alice-F</i>	<i>Hvis han har MS, så kan pasient dra videre til MS senteret</i>
<i>Liv-L</i>	<i>Nærmest pest eller kolera, den ene – andre diagnosen</i>
<i>Alice-F</i>	<i>Problemene fører til at en tenker nytt</i>
<i>Liv-L</i>	<i>MS kan også gi personlighetsendringer</i>

Når deltakernes vurdering og kategoriene ikke passet sammen, organiserte ikke skjemaet samhandlingen lenger. Aktørene engasjerte seg i flere kategorier enn ellers og deltok i felles vurdering og problemfastsetting. Den vanlige kjappe skåringen ble erstattet med diskusjon. De stilte spørsmål og fikk frem kunnskaper som de la til grunn. Diskusjonen fikk deltakerne til å reflektere over sin praksis og forståelse. De trakk andres bidrag inn i sin vurdering for å forstå pasientens problem. Dette kan vi tolke som at de anerkjente hverandres kompetanse.

⁸⁶ Rivermead test er en kognitiv test, inngår ofte i undersøkelse av hukommelse ved hode-/hjerneskade

⁸⁷ Motoriske viser til flere funksjoner/punkt i skjemaet som å gå, bevege seg til/fra stol/seng og skulderproblem

Engasjementet i meningsforhandlingen får frem deltakernes felles ansvarlighet for å vurdere og fastsette problem.

Avstanden mellom skjemaets kategorisering og deltakernes vurdering startet diskusjonen. Redskapets oppsplittende og innordnende funksjon ble erstattet med meningsforhandling. Redskapets iboende oppdeling av pasientens funksjon og profesjonenes ansvarsfordeling ble tilsidesatt. Nyanser og usikkerhet i vurderingene som skåringene kunne dekke over, kom frem. I organisasjoner er kategorier bærere av mye kunnskap, og i daglig bruk blir betydninger av lokale kategorier lite klargjort (Mäkitalo & Säljö 2002). Funksjonsskjemaets 28 punkter fungerte som kategorier. Det var først i diskusjonen at deltakernes tolkning og kunnskaper ble tydelige. Da brukte de flere profesjoners perspektiv og laget en felles vurdering for hver kategori. Rutinepreget forsvant og innordning ble erstattet med felles meningsdannelse, der de fikk frem, bekreftet og skapte mening for praksis. Skjemaet fikk en medierende funksjon som bidro til økt sikkerhet i pasientarbeidet. Dette er et poeng, da usikkerhet er et trekk ved profesjonelles vurderinger og tiltak (Molander & Terum 2008). Andre har også vist at diskusjon er en måte å håndtere denne utfordring (Atkinson 1995; Strauss et al. 1997). Skåringene ble da resultat av felles tingliggjøring der deltakernes erfaringer samspilte. Meningsforhandling fikk frem og forbandt deler både av profesjonenes aktiviteter og deres kunnskaper. Samhandling rundt felles skjema fungerte samlende og synliggjorde deltakernes gjensidige ansvarlighet og kompetanse i å kartlegge og vurdere pasientenes situasjon. Skjemaet fungerer som et konkret redskap i møtet, og nærmest slik Stars sammenlikning av en tavle og grenseobjekt (Star 1989b:46), der tavlen samler de ulike synspunkt til felles forståelse av symptom og pasientforløp.

5.2.7 Studentene som observatører i Tverrfaglig møte

Et trekk ved Liens Tverrfaglig møte var at studentene var observatører. Personalet avgrenset for studentenes innlemmelse i møtet. Gjennomgående inntok og fikk studentene en tydelig studentposisjon som i liten grad åpnet for deres deltakelse.

I Tverrfaglig møte hadde studentene begrenset mulighet til å komme med innspill og i enda mindre grad å mene noe om andres bidrag. Både studentene og veilederne opplevde at de *måtte kaste seg frempå* hvis de ville si noe. Et sitat fra Marit-E viser også tempo i møtet:

Det går over til neste pasient før en har fått tenkt seg om, egentlig. Så en må være ganske godt forberedt, bestemme seg for hva en skal ta opp. Det varierer det og.

Å ta ordet var en utfordring avhengig av hvem som var møteleder. Dette medvirket til at studentene var lite synlig aktive i Tverrfaglig møte, noe som også vises i flere eksempler. Neste eksempel speiler et typisk samhandlingsmønster og gir eksempler på at studentene nesten ble overhørt. Sykepleierstudent Jane startet med å vurdere daglige gjøremål. Senere fikk hun støtte av veilederen, Ruth-S, som presiserte at pasienten var bedre. Sykepleierlederen vektla derimot at pasienten var ustø. Fysioterapeutstudenten ønsket at pleierne skulle trene gange med pasienten. Jane-Ss begrunnet hvorfor dette ikke var gjort, men henstillingen fra Line-Fs ble hengende i luften. Senere prøvde pasientens primærfysioterapeut Bente, å hjelpe Line-Fs til å formidle hvordan pasienten gikk og hva slags hjelp han trengte. Gro-So overhørte innspillet om depresjon fra Jane-Ss. Men bidraget om hva pasienten klarte, brukte Gro-LS som støtte for å skrive ut pasienten.

Eksempel 11

<i>Jane-Ss</i>	<i>Pasienten er nesten selvstelt</i>
<i>Svein-Lo</i>	<i>Ser ut til at han er bedre etter han var på akutt avdelingen</i>
<i>Gro-So</i>	<i>Er ustø, da</i>
<i>Line-Fs</i>	<i>Har pasienten trent på posten?</i>
<i>Jane-Ss</i>	<i>Er ikke blitt prioritert i det siste på grunn av arbeidsbelastningen</i>
<i>Line-Fs</i>	<i>Han kan gjerne trene gange med følge av en person og langs rekkverket</i>
<i>Jane-Ss</i>	<i>Han trenger litt støtte når han vasker seg nedentil</i>
<i>Ruth-S</i>	<i>Men han er bedre</i>
<i>Jane-Ss</i>	<i>Har fått antidepressiva</i>
<i>Gro-So</i>	<i>Er ustø (til sekretær). Hva skal trenes nå? (til de rundt bordet)</i>
<i>Line-Fs</i>	<i>Han er ikke trygg i gange, glemmer benet</i>
<i>Bente-F</i>	<i>Hvordan forflytter pasienten seg nå?</i>
<i>Line-Fs</i>	<i>Han trenger litt støtte, må trygge han. Er blitt mer trygg. En må være i nærheten ved forflytning</i>
<i>Gro-So</i>	<i>Hvordan er spisesituasjon?</i>
<i>Jane-Ss</i>	<i>Han spiser bra. Kler seg selv også</i>
<i>Gro-So</i>	<i>Skal reiser rett over jul. Vi får kontakte kommunen nå. Han vil trenge hjemmesykepleie i starten (ser på Ruth-S). (Ruth og Jane noterer på pasientoversikten)</i>
<i>Sosionom</i>	<i>Boligen går over tre plan. Han har ikke øvet på å gå i trapp</i>
<i>Gro-So</i>	<i>Er målet å komme hjem?</i>
<i>Svein-Lo</i>	<i>Han har litt lite familiestøtte, så det må bli daghospital på sikt. Litt tidlig med nettverksmøte nå</i>
<i>Gro-So</i>	<i>ber Ruth-S ta kontakt med kommunen og varsle utreise. (Alle noterer på pasientoversikten), og sier: Det er 4 uker siden slaget.</i>
<i>Sekretær skriver: Pasienten skal hjem. Skal trene gange. Kommunen kontaktes.</i>	

Her ble både studenter og ansatte overhørt. Det var ganske typisk at sykepleierlederen fremmet effektivitet ved å konkludere og unngå diskusjon. Hun var opptatt av og ansvarlig for gjennomstrømning av pasienter ved posten. Selv om de andre vurderte at hjemreise var for tidlig, ble dette ikke sagt eksplisitt og diskutert. De var enige om at pasienten klarte seg bedre, men at han fortsatt ikke gikk trygt eller klarte trappen. Det avgjørende var at pasienten trengte

mindre hjelp fra pleierne, så Gro-So ønsket ikke å diskutere utskrivningen. Legens innspill om dagshospital bekrefter at pasienten skulle hjem, men trengte mer oppfølging. Svein-Lo påpekte at det var for tidlig med planlegningsmøte med kommune og familie. Heller ikke dette fikk Gro-So til å åpne for diskusjon om hvordan pasienten skulle klare seg hjemme. Hun fastslo at problemet var ustøhet, og hun åpnet ikke for å vurdere andre forhold. Ganske typisk er det også at gangtrening og ustøhet ble tatt inn i Referatet. Det er slående at deltakerne syntes å slutte seg til møtelederens vurdering og beslutning. Hollander og Gordon (2006) peker på at en måte å unngå konfrontasjon og negativ samhandling, er å ikke forfølge utfordrende ytringer. Mulig gjør dette at deltakerne ikke fortsatte å argumentere imot sykepleierlederen når hun hadde tatt en avgjørelse.

I eksemplet er det flere ting å legge merke til. Et poeng er at ingen nevnte eller etterlyste ergoterapeutens vurdering, når profesjonen ikke var representert. Kombinasjonen av ustø gange og en bolig over tre plan, tilsa at ergoterapeutens vurdering av boligen var relevant. Sosionomen nevnte manglende trappetrening, og jeg tolker dette mer som forsøk på å få frem pasientens situasjon hjemme enn kritikk av andre. Et annet moment er at verken Gro-So eller andre tok tak i den indirekte kritikk av pleiernes manglende gangtrening som lå i studentens spørsmål og ønske *kan gjerne trene gange*. Heller ikke fysioterapeuten tok opp manglende oppfølging. En årsak kan være opplysningen om pleiernes arbeidsbelastning. Samtidig var nettopp gange og trappegang vesentlig for at pasienten skulle komme hjem.

Enda et poeng er at sykepleierlederen lot sekretæren skrive ned det som hun oppfattet som viktig, og uten at andre kom med forslag til Referatet. For studentene innebar dette at de ikke fikk tydelige anerkjennelse for sine vurderinger og bidrag. Også ansatte opplevde dette, men studentene erfarte at deres status ga dem lite mulighet for reell deltakelse. Dette ble forsterket av at de stort sett kun kjente personene i profesjonen. Av og til informerte sykepleierstudenter kort om pasienten som hun hadde ansvar for, som i sekvensen over. Mer vanlig var at de svarte ja og nei på direkte spørsmål slik Stine-Ss gjør i eksempel 7. Det var forventet at studentene formidlet data om sine pasienter, men først og fremst at de svarte på konkrete spørsmål. Deres begrensede deltakelse var gjennomgående i møtepraksis. Som i eksempel 8, der Marit-E overtok for studenten da tema ble synsfeltutfall. Alice-F fikk ikke frem at studenten stod bak flere av vurderingene som hun gjenga. Mønstrer var at personalet tok over i Tverrfaglig møte selv om studenten kjente og behandlet pasienten. Forskjellen mellom

studentenes posisjon ved Lien og Studenttett post er slående. Ved Lien var studentene observatører i møtet. I kapittel 7 går jeg mer inn i studentenes deltakelse, posisjon og læring.

Til tross for Jorids-Fs's bilde av Lien som kjeledressfabrikk, der Tverrfaglig møte var sentralt i profesjonenes virksomhet, var ikke møtet viktig for fysioterapeutstudentene. Dette er dels forståelig fordi de var med i flere Tverrfaglige møter, siden deres pasienter var spredd på fem grupper (kap.4.2.2). Når rekkefølgen av pasientene ble bestemt, ble det tatt lite hensyn til studenter, mens ansatte sørget for å få opp sine pasienter først (kap.5.2.1). Studentenes arbeid talte mindre, derfor de var til stede i hele møtet. Slik omtalte Line-Fs studentenes tidsklemme:

Men det ble kanskje litt for mye av det [Tverrfaglige møter] noen ganger, fordi vi fløy på alle møter hele tiden. Men det er bare det at det tok mye tid. Og pluss at har du bare en pasient, så sitter du der hele møtet og bare og ser ut i luften.

Fysioterapeutstudentene engasjerte seg i sine pasienter og i profesjonens kartlegging, trening og behandling av disse. Hver pasient hadde en fysioterapeut som hadde primæransvar for profesjonenes undersøkelse og behandling. Studentene overtok eller *lånte* utvalgte pasienter som de kartla, behandlet og fulgte opp i større eller mindre grad. Både primærfysioterapeuten og studenten kjente derfor profesjonens kunnskap om pasienten. Primærfysioterapeuten kom ofte med vurderinger i stedet for og i tillegg til studenten. Det er typisk at Line-Fs fikk aksept for konkrete data, mens fysioterapeuten tok seg av vurderinger rundt pasientforløpet:

Jeg føler at det ble skrevet det vi [studenter]sa: Kunne gå 40 trappetrinn, så ble det notert. Men så føler jeg at var det litt mer overordnet, da var det primæren. De skrev ikke ned det studentene sa, det opplevde jeg vel aldri. Ja, når de holdt på med de viktige tingene, da sa ikke vi [studentene] noe. Da jeg spurte hva det viktige var, svarte Line-Fs: Når de skulle ha noe som skulle bli skrevet ned.

Studentene erfarte at når noe ble skrevet inn i Referatet, så var det signal om hvor mye og hva de kunne bidra med i møtet. Uavhengig av profesjon kunne siste-års studenter avlaste ansatte i pasientarbeidet etter noen uker ved posten. Men i Tverrfaglig møte erfarte bare enkelte ergoterapeutstudenter at de kunne komme med forslag. Ergoterapeutstudentene arbeidet mer selvstendig med å kartlegge og trene noen pasienter. Flere ganger var det derfor de som kjente pasienten best, og kunne formidle profesjonens kunnskap om pasienten. På samme måte som for andre studenter, overtok gjerne deres veileder slik flere av eksemplene spiller. Ved ta over for studentene oppnådde de at profesjonens bidrag fremsto som presis og sikker kunnskap som var relevant for felles interessefelt, Referat og skåring i Funksjonsskjema.

I Tverrfaglig møte var studentenes engasjement knyttet til personalets støtte. Ansatte i studentens profesjon var hva Wadel (2008) omtaler som asymmetriske innlemmelsesagenter.

Studentstatusen var tydelig. Studentene tok ordet unntaksvis hvis de mente at deres data var viktig å få frem av hensyn til pasienten. Et sitat fra Stine-Ss kan eksemplifisere dette:

Der [Tverrfaglig møte] har jeg vært mest observatør, og da får man kanskje ikke med seg så mye. Jeg har sagt om mine pasienter, hvis det har vært noe. Eller hvis det er noe jeg synes har vært feil. Man bare gjør det [tar ordet] hvis det er noe viktig ting, men jeg har vært med på det og.

De fleste studentene prøvde i liten grad å delta som profesjonelle i tverrfaglige fora ved Lien. De bidro på andres oppfordring. Dette mønstret ble forsterket når sykepleierstudentene, som Stine-Ss, antok at det først og fremst var andre enn leger og sykepleiere som skulle bidra i Tverrfaglig møte. Derfor inntok hun en observatørrolle. Dels som følge av studentstatusen, dels til posisjonen hun tilla sykepleierne i møtet. Hovedtrekket var at det var studentrollen og ikke profesjonen som avgjorde om studentene deltok. Lave og Wenger (1991/2003) beskriver legitim perifer deltakelse som et kontinuum, der deltakelse styres av hvilke aktiviteter og omfanget av disse det er tillatt å være med i. Møtepraksis i Tverrfaglig møte er et eksempel på hvordan studentenes deltakelse ble begrenset til observasjon.

Manglende tilbakemelding om relevante og verdifulle innspill, forsterket studentenes usikkerhet. De var usikre på om de kunne si noe, og de ble usikre på om de kunne nok for å ivareta pasienten. Beskrivelsen Line-Fs ga av sin usikkerhet er illustrerende:

Jeg følte mest at det var studentstatusen. Men du er kanskje litt eller man virker kanskje litt usikker og ydmyk når man legger frem ting. Og det er med på og kanskje gjør at man ikke stoler hundre prosent, like mye på det, som om det hadde vært en av de vanlige fysioterapeutene som hadde sagt det.

I Tverrfaglig møte fremstod ansattes vurderinger og kunnskaper som sikre og endelige. De utformet felles interessefelt uten særlig diskusjon. Studentens status gjorde at de hadde liten mulighet til å påvirke pasientforløp, skåringer og Referatet. Innlemmende samhandling (Wadel 2008) preget i liten grad møtepraksis. I veiledersamtalen kom det også klart frem hvor nødvendig det var å ha en tydelig og sterk posisjon for å starte og delta i diskusjoner. Sylvia-F karakteriserte møtedeltakernes innordning ganske treffende:

Jeg tror du skal være veldig sterk, og du skal kunne tørre å si fra og ha gode argumenter for at du skal bli hørt. Og hvis avdelingssykepleier, har en mening om at pasienten skal ut, så skal du være ganske trygg for å kunne si hva du mener i forhold til om pasienten skal bli lenger. Eller at du ikke synes det stemmer det hun eller noen av de andre mener. Så det krever nok ganske mye av enkelt-personer.

Uenighet og særlig med møteleder var det lite rom for i Tverrfaglig møte. Møteledelse som fremmet gjensidig engasjement og meningsforhandling (Wenger 1998/2004) var det vanskelig å se i feltarbeidet. De få gangene hvor jeg noterte at deltakere var uenige, tok også studentene frem i intervjuet. Disse hendelsene der uenighet kunne spores og en sjelden gang førte til

debatt, gjaldt ofte utskrivning. Det var for utrygt for studentene og flere av de ansatte å argumentere, og særlig hvis de var uenig med sykepleierlederen.

Det var lite rom for spørsmål og alternative forslag. Studentene så Tverrfaglig møte som et sted der de fikk informasjon som de ellers fikk via elektroniske pasientjournal, slik et utsnitt fra intervjuet med Jorid-Fs får frem:

Så forskjellen var stor, selv om vi kanskje var litt misfornøyde der og da på Lien: hvorfor går vi på disse møtene, vi som aldri får sagt noe likevel, eller bare sitter her. Vi følte at vi bare tok opp plass eller det var alltid hvor kan vi sette oss på møtene? Og det var litt: vi kanskje bare var der som et tillegg. Men vi fikk masse informasjon der, som sagt, som vi kunne bruke videre.

Da jeg spurte hva som var det viktige hun fikk ut av møtet, svarte Jorid:

Vi fikk: hva skal skje med pasienten videre. Det hadde kanskje stått i Linken⁸⁸ etter hvert. Men du får finne ut av ting litt tidligere, hvis du var på møtene. Også være med i prosessen der de bestemmer hvilken rehabilitering skal han på etterpå, og hva er målet eller hva skal gjøres. Det var veldig mye det som ble tatt opp på møtene.

Jeg spurte om hun var med i den prosessen, og da svarte hun: *egentlig ikke.*

Etter praksisperioden når studentene sammenliknet Tverrfaglig møte med møter ved andre praksissteder, var de mer positive. Da erkjente de at møtet var nyttig for Liens virksomhet og koordinerte profesjonenes aktivitet. Studentenes deltakelse var nærmest uten betydning for innhold og form i møtet. Tverrfaglig møte var et sted for effektiv kunnskapsutveksling om pasienter. Innordning og lite felles meningsdannelse gjorde at forumet betød lite for studentene ved Lien. Sammen med lite rom for og utydelig verdsetting av studentenes deltakelse, hadde Tverrfaglig møte lite å si for studentenes tilhørighet til posten.

Trekk i ansattes samhandling passer med flere kjennetegn ved praksisfellesskap (Wenger 1998:125/2004:149). I møtet var det raske spørsmål-svar sekvenser med få innledninger og overganger. Effektiv informasjonsflyt og innordning preget deltakelsen. De brukte felles redskap som Referat og Funksjonsskjema. Profesjonenes ansvarsfelt var avklart og hva de skulle bidra med i møtet og i virksomheten. Tverrfaglig møte var i seg selv et symbol på profesjonenes samarbeid. Det som ikke ble like tydelig i Tverrfaglig møte, var begrunnelser, nyanser og usikkerhet i deltakernes vurdering og bidrag. Deres tingliggjøring fremstod som sikker, endelig og presis. Videre var det påfallende lite rom for småsnakk, smil og humor i møtet. Tverrfaglig møte ga studentene innblikk i hvordan profesjonelle kunne samhandle effektivt over profesjonsgrensene. De kunne danne seg et bilde av at deltakerne tidligere hadde utviklet Liens praksis, felles redskap og skapt sammenhenger både mellom profesjonenes oppgaver og kunnskaper. Jeg følger opp dette i kapittel 7.1. der tema er

⁸⁸ Linken er pasientens elektroniske journal – tema i neste kapittel

utvikling av postenes kompetansefelt. Tverrfaglig møte viser studentenes legitime perifere posisjon (Lave & Wenger 1991/2003) og hvordan praksis, som møtepraksis, kan hindre tilgang og opprettholde perifere posisjoner (Wenger 1998:121-2/2004:143), og studenters asymmetriske innlemmelse (Wadel 2008). Studentenes posisjon ga dem liten mulighet for å erfare og få anerkjennelse for å være profesjonell. Men en observatørposisjon åpner for at de bruker fantasi i sin utvikling (Wenger 1998:175/2004:203) for å bli fullverdig deltaker som profesjonell i møter og praksis.

5.3 Tverrprofesjonell samhandling - foreløpig oppsummering

I dette kapittel har jeg vist hvordan studentene og personalet i fire profesjoner samhandlet ansikt til ansikt. Jeg har tatt utgangspunkt i og vektlagt møtepraksis i tverrprofesjonelle fora. Videre hvordan deltakernes bruk av felles skjema og møtepraksis samspilte. Analysene har gitt et blick inn i virksomhet og praksis der studentene var i praksis. En sentral side ved samhandlingen er det å krysse og skape forbindelser over profesjonsgrensene. Koordinering av profesjonenes bidrag for felles pasienter kan synes som gitte og forventede koplinger mellom deltakernes aktiviteter. Analysene viser at grenseprosesser og grenseobjekt kunne forbinde både aktørens oppgaver, ansvar, vurdering, kunnskap og praksis. Forbindelsene ble formet på forskjellige måter og i ulik grad i fora ved Studenttett post og Lien. Dels er dette knyttet til hvordan deltakerforbindelser og fellesskap ble formet, dels hvordan felles skjema fungerte som grenseobjekt. Dette bidrar til ulikhet i postenes møtepraksis og praksis.

Miljøet ved Studenttett post var preget av åpenhet og aksept, og det var lett å spørre og oppsøke andre uansett profesjon. Enten de var student eller ansatt, så kjente de hverandre. Et kjennetegn ved posten var deltakernes engasjement i felles meningsdannelse og deres tverrprofesjonelle praksis. Møtepraksis åpnet for flere stemmer i utvikling av felles interessefelt og referanseramme. I meningsforhandlingene kunne studenter og ansatte delta. Ved andre praksissteder erfarte studentene at de ble observatører i tverrfaglige fora, slik som ved Lien. Ved Studenttett post kunne studentene være med å påvirke møtepraksis. Det var rom for både undring, spørsmål, utdypning, forklaring, uenighet og anerkjennelse. Dette gjorde det mulig å tolke bidrag så de ble meningsfulle i studentenes pasientarbeid. Felles vurdering rundt fastsetting av problem og tiltak gjorde at møtedeltakerne utviklet et felles interessefelt rundt pasienten. I denne prosess ble sider ved profesjonenes oppgaver og kunnskaper kjedet sammen til felles handlingsgrunnlag. Det vil si at pasientens problem ble

tilpasset postens tverrprofesjonelle praksis. Dette sammenfaller ikke helt med at profesjoner tilpasser problem og tiltak til sitt kunnskapsfelt (Abbott 1988; Eraut 1994:223). Studentenes gjensidige engasjement og ansvarlighet over profesjongrensene gjaldt ikke bare pasienter, men også hverandre. De hjalp hverandre ved å engasjere seg, støtte forslag og ved å spørre etter andres bidrag og ved å knytte andres og eget bidrag sammen. Dette kom også frem når de oppsøkte hverandre for å dele informasjon og kunnskaper enten ved å spørre, beskrive eller demonstrere. Men studenter kunne avgrense aktiv deltakelse i møter og postens praksis ved å underkjenne sine og andres bidrag og kunnskap. Kompetente deltakere både kommer med og godkjenner andres forslag i meningsforhandling (Wenger 1998:202/2004:233). Derfor handler meningsforhandling også om aksept for deltakernes erfaring og profesjonenes kunnskaper (Wenger 1998/2004, 2007:75). Ikke alle påvirker praksis og meningsdannelse i like stor grad, som følge av forskjeller i kunnskaper og/eller formelt ansvar (Wenger 2007:72). Studentenes deltakerposisjon er knyttet til deres mellommenneskelige relasjoner og tillit til hverandre som kompetente deltakere. Dette var særlig tydelig for de med ansvar for samme pasientgruppe. Ved Studenttett post hadde studentene stort handlingsrom, og de var sentrale i postens tverrprofesjonelle fora, virksomhet og praksis. Tilhørighet til posten er knyttet til gjensidig bekreftelse av deltakernes bidrag. Studentenes engasjement og tilhørighet til postens fellesskap samspilte. Jeg følger dette opp og går dypere inn i studentenes læring i kapittel 7.

I Tverrfaglig møte ved Studenttett post fungerte felles skjema som en samlende faktor i profesjonenes samhandling. Forstått som grenseobjekt bidro skjemaene til å få frem kompleksiteten i delproblemer og i handlingsgrunnlag. Dette ble grunnlag for en felles referanseramme i oppfølging av pasienten. Skjemaene fremmet felles meningsdannelse av pasientens problem og videre tiltak. Et trekk ved postens praksis er at studentene fulgte opp hverandres måte å forstå og gjennomføre tiltakene. Studentene hjalp hverandre med å tolke delmål og tiltak, og å gi teksten mening i den enkeltes praksis. Et kjennetegn ved grenseobjekt er at de kan tilpasses flere grupper (Star & Griesemer 1989). Men når studentene sikret seg at de forstod problem, delmål og tiltak på samme måte, så reduserte de den fleksible tilpassingen som grenseobjekt gir. Måten Sunnaas ADL Index og Planskjema ble brukt på, gjorde at disse redskapene fungerte samlende og understøttet postens tverrprofesjonelle virksomhet og praksis. For studentene var tverrfaglige fora sentrale for å forstå postens og profesjonenes virksomhet og praksis. Deltakelse i meningsforhandling og meningsdannelse i tverrfaglige fora bidro til studentenes ansvarlighet for hverandres pasientarbeid og forståelse.

Liens praksis er kjennetegnet av profesjonenes ansvarsfordeling og oppsplitting av pasientenes problem. Innordning (Wenger 1998:178/2004:236) preget møtepraksis, og deltakernes tingliggjøring fremsto som presis og sikker kunnskap. Rutinepreget i møtepraksis ble synlig når deltakernes vante måte å bruke grenseobjektene på, felles skjemaer, ikke fungerte. Den sikkerhet og felles referanseramme som skjemaene pleide å skape, strakk ikke til. Samhandlingen endret seg og ble mer som gjensidig engasjement i meningsforhandling (Wenger 1998/2004). Da kom vurderingsgrunnlag, undring og kreativitet også til syne. I disse situasjonene kom deltakernes tillit til hverandres kompetanse og ansvarlighet frem. De deltok i felles meningsdannelse og kjedet sammen profesjonenes bidrag. Dette illustrerer betydningen av samspillet mellom deltakelse og tingliggjøring i felles meningsdannelse (Wenger 1998:62- /2004:77-). Møtedeltakerne utviklet sammen handlingsgrunnlaget for felles interessefelt rundt pasienten. Når møtepraksis endret karakter, kom Liens tverrprofesjonelle praksis til syne, som lå skjult i den effektive måte å vurdere og fastsette problem og tiltak samt å dele kunnskaper.

Møtepraksis fremstod som flerprofesjonell når innordning og grenseobjektene oppdelende funksjon var styrende. Det vil si at profesjonenes ansvarsfordeling og grenseobjektene funksjon forsterket hverandre. For studentene var Liens Tverrfaglig møte en flerprofesjonell arena og praksis. Studentenes deltakelse ble styrt og kontrollert av innordningen. De lærte å innordne seg rutine, hvilket gjorde det vanskelig å få tak i det som personalet tok for gitt. Dette avgrenset studentenes forståelse av postens og profesjonenes praksis. Studentenes observatørstatus hemmet dem fra å prøve seg som deltakere i Tverrfaglig møte. De kunne lage et bilde av hva profesjonelle gjør i sin samhandling over profesjonsgrensene. Det vil si at studentene kunne være deltakere gjennom forstillinger eller fantasi, (Wenger 1998:175- /2004:203-). Studentene brukte benevnelsene som var symbol for Liens tverrprofesjonelle praksis, *Tverrfaglig* og *krysse pasienten*. De så for seg at profesjonene hadde utviklet felles praksis, møtepraksis og måter å tingliggjøre sine vurderinger og kunnskaper på.

For ansatte som kjente Tverrfaglig møte, Funksjonsskjema og Referatet, var dette redskap som påvirket deres tingliggjøring og praksis. Vi kan forstå skjemaene som medierende redskap. Det vil si mer lik hva Säljö (2001:160-) skriver om språk som et medierende redskap. Møtedeltakerne uttrykte seg kort og uten utdypende forklaring slik at det passet i skjemaene.

Det var tatt for gitt at innholdet i Funksjonsskjemaet og Referatet uten videre lot seg overføre til andres pasientarbeid. Møtepraksis nærmest forutsatte at deltakerne oversatte og omformet tekst så den ble meningsfull i deres praksis (Carlie 2002, 2004; Säljö 2001:84-). For å forstå Liens møtepraksis er det nødvendig å trekke inn andre sider ved profesjonenes samhandling, som bruk av elektronisk pasientjournal (kap.6) og utvikling av felles kompetansefelt (kap.7.1.2). I mine analyser ble disse trekk i profesjonenes praksiser og innbyrdes forbindelser vesentlige for å belyse tverrprofesjonell praksis forstått som praksisfellesskap (Wenger 1998/2004). Vi skal se at til grunn for personalets effektive og rutinepregede samhandling i Tverrfaglig møte ved Lien, lå tverrprofesjonalitet som del av deres profesjonelle arbeid.

Ved Studenttett post prøvde møtedeltakerne å få sin tingliggjøring til å virke sikker, og de kom med begrunnelser. Studentenes tingliggjøring var gjerne detaljrik og preget av dagligtale. Her viste aktørenes stort engasjement i felles meningsdannelse og virksomhet. Møtepraksis kan forstås utfra at studenter skulle danne og ikke bare opprettholde koordinert handling. Engasjementet bidro til at studentene kunne tolke og forstå postens praksis og profesjonenes bidrag og perspektiv. Grenseprosessene åpnet for at alle fikk tilgang og kunne skape toveis forbindelser mellom profesjonene og mellom studentene og personalet. Grenseobjektene understøttet deres deltakelse i tverrprofesjonelle meningsdannelse.

Ved Lien opprettholdt grenseprosessene og grenseobjektene deltakernes koordinerte handling ved innordning. Rutinene og det begrensede detaljeringsnivå i møtepraksis bidro til effektiv handling mellom profesjonene. Tidvis var detaljeringsgraden for liten til at studentene forstod andres handlingsgrunnlag. Måten felles skjema fungerte som grenseobjekt, åpnet for enveisforbindelser i møtet og støttet profesjonenes funksjonsdeling. Dette begrenset studentenes tilgang til andres perspektiv og Liens tverrprofesjonelle kompetanse.

I analysene har søkelyset også vært på at profesjoner kan markere sine grenser og skape epistemiske rom. I følge Abbott (1988) er konkurranse om og markering av jurisdiksjon med på å forme profesjoner og deres arbeidsdeling. I profesjonenes samspill om jurisdiksjoner er grensearbeid sentralt (Gieryn 1983, 1999). Samhandlingspraksisene var lite preget av å lage skiller mellom profesjonenes kunnskapsfelt. Liens todeling av møtестruktur og av felles interessefelt, der klinisk medisinske forhold var løftet ut av Tverrfaglig møte, kan tolkes som en form for epistemiske rom. Men i neste kapittel skal vi se at aktørene hadde tilgang til

hverandres kunnskaper via elektronisk pasientjournal. Todelingen er mer å forstå som en måte å redusere tidsbruken i Tverrfaglig møte og effektivisere arbeidet, enn som grensearbeid. Og som vi har sett, var ikke legene alene som regien av pasientforløpene. Liens praksis innebar at deltakerne brukte hverandres skriftlige materiale. I møtet ble de profesjonsvise bidrag lite kommentert, og de ble godkjent uten at det ble sagt. Slik manglende respons betød vanligvis ikke at innspillet var overhørt. Heller ikke utfordret møtedeltakerne hverandre når de kom med korte og ganske presise innlegg. I lys av Liens praksis kan dette tolkes som gjensidig tillit til hverandres ansvarlighet og praksis. Samtidig gjorde fraværet av engasjement i andres praksis at den enkelte profesjon kunne opprettholde sitt ansvars- og kunnskapsfelt.

I Liens Tverrfaglig møte var det tendens til en mild form for avgrensning. Studentene ble oversett og personalet overtok ofte for dem. Dette hindret studentenes deltakelse. Det var også tendenser til at ansatte ble overhørt når innlegget ble oppfattet som lite relevant. For eksempel kunne dette gjelde legens kliniske medisinske bidrag. Sykepleierlederen vektla bidrag som fremmet gjennomstrømning av pasienter. Det vil si at pasientforløp ble styrt av økonomi og ikke kun faglige begrunnelser. I avhandlingen er det ikke rom for å følge dette sporet, som er et tema i profesjonsforskning (Se eks. Molander & Terum 2008; Svensson 2010).

Ved Studenttett post var det vanskelig å få øye på grensearbeid i tverrfaglige fora. Studentene erfarte at de i stor grad var innlemmet i postens virksomhet og fellesskap. Tverrfaglige fora ga tilgang til samme kunnskap om felles pasienter. Møtepraksis var preget av romslighet for ideer, spørsmål og forklaringer. Når indremedisinske forhold var i forgrunnen, ble legene og dels sykepleierne mer synlig aktive. Men som jeg har vist, var deltakelse i møtene ikke knyttet til profesjon eller ansettelse. Hovedtrekket var at møtedeltakerne sammen utviklet felles interessefelt og vurderte forslag og tiltak. Bruken av andres bidrag var en anerkjennelse av verdien som profesjonens bidrag hadde i postens praksis. Aktørers plassering i organisasjonen påvirker den verdi som en slik støtte tillegges (Hollander & Gordon 2006; Wenger 1998/2004; Eckert & Wenger 2005). Legene var tydelige i regien av pasientforløpene. Men praksis åpnet for at andre, også studenter, hadde innflytelse på pasientforløpet. Det er derfor å vente at bidrag som ble brukt eller støttet av legene, ble vektlagt. Analysene viser også at forslag fra studentene av og til ble overhørt. Det er en tendens til at ergoterapeutstudentene opplevde lite støtte og at indremedisinske problem fikk forrang. Studenttett post er preget av at studenter utfordret hverandre, men de kunne også utfordre personalet, inkludert legene.

6.0 Samhandling og elektronisk pasientjournal

Dette kapitlet tar for seg samhandling knyttet til bruken av elektronisk pasientjournal, og er nært forbundet med kapitel 5. Jeg har nevnt at elektronisk pasientjournal ble brukt før og etter tverrfaglige møter, og at ved Lien var journalen også tilgjengelig på storskjerm i Tverrfaglig møte. Her ser jeg nærmere på hvordan elektronisk pasientjournal (EPJ) fungerte som redskap i profesjonenes samhandling. Et spørsmål er knyttet til hvordan aktørene dokumenterte sin kartlegging, vurdering, mål, plan og oppfølging av pasienter. I mitt prosjekt er et spørsmål hvordan denne dokumentasjon gjorde at de brukte hverandres kunnskaper om felles pasienter. Det vil si om og hvordan EPJ forbandt oppgaver og praksis over profesjonsgrensene.

I følge Helsepersonell-loven (1999), § 40 skal all helsehjelp dokumenteres i pasientens journal. I dagens sykehus blir pasienters journal og dokument lagt inn i elektroniske system (Hygen, Heimly & Landsem 2009:7; Christensen 2009:18). I økende grad blir denne digitale dokumentasjon standardisert i norske sykehus, og det antas at IKT blir den vanlige form for kommunikasjon mellom behandlere (Hygen et al. 2009; St.meld. 47 (2008-9) 2009; Meld. St.9 (2012-13) 2012). De fleste helsefagprofesjoner bruker slike elektroniske system, selv om systemene er noe ulike og rommer ulike former for dokumentasjon (Carlsen & Grannes 2012; Christensen 2009:17; Dale, Angemoen, Dale, m.fl. 2003; Moen 2008; Svenningsen 2004). Profesjonelles taushetsplikt og opplysningsrett/-plikt og pasienters innsynsrett omfattes ikke av mitt prosjekt. Avhandlingen omfatter heller ikke analyser av sykehusets elektroniske system og EPJ som del av digitale nettverk i og mellom avdelinger, sykehus, institusjoner og tjenestenivå (Se eks.: Bowker & Star 1999; Christensen 2009; St.meld. 47 (2008-9) 2009; Meld. St.9 (2012-13) 2012; Hygen et al. 2009). Mitt fokus er å få frem elektronisk pasientjournal som redskap i profesjonenes lokale samhandling.

I kapitlet skal vi se at det å bruke elektronisk pasientjournal (EPJ) var del av profesjonenes daglige arbeide. EPJ inngikk i samhandlingen om problemfastsetting og -løsning. Denne samhandlingsform handlet om å skrive, oppsøke, lese og tolke tekst og tall. EPJ kan forstås som grenseobjekt, der aktørenes skriftlige materiale var forbindelser mellom profesjonene. Samspeillet mellom profesjonelle og deres pasientdokumentasjon er vesentlig for praksis. Deres praksis og dokumentasjonsredskap kan ikke forstås adskilt fordi de er sammenvevet og former hverandre (Berg 1997). I analysene av samhandling knyttet til EPJ som redskap, trekker jeg inn samspeillet mellom tingliggjøring og deltakelse i meningsdannelse og

-forhandling (Wenger 1998/2004), som jeg har omtalt i kapittel 2.2.2. Dette begrepspar er fruktbart for å forstå hvordan skriftliggjøring var med å forme praksis og bidro til studentenes deltakelse og læring. Videre er begrepet grenseobjekt (Star & Griesemer 1989) sentralt som analytisk inngang til hvordan EPJ påvirket samhandling og praksis ved postene. Grenseobjekt er fleksible redskap som kan skape handling, og som kan tilpasses og tilfredsstillere flere gruppers informasjonsbehov. Samtidig som grenseobjekt kan tilpasses flere, er disse også førende for dem som bruker redskapet (Star & Griesemer 1989:393; Star 1989b:46; Bowker & Star 1999:16, 296-297). Jeg har omtalt grenseobjekt i 2.3.4. Forstått som grenseobjekt, blir et spørsmål hvordan EPJ åpnet/avgrenset for å forbinde oppgaver og kunnskap over profesjonsgrensene. Da er EPJ mer enn institusjonens middel for å koordinere, dokumentere og effektivisere profesjonenes arbeid. EPJ blir mer en ressurs (Wenger 1998:82/2004:100), som fremmer deltakeres fellesskap og felles meningsdannelse. Men språket i EPJ kan være et middel til å skape skiller og utestenge andre (Bowker & Star 1999). I så fall blir EPJ redskap i en type grensearbeid (Gieryn 1983, 1999). For å følge Wenger (1998/2004) kan materialet i EPJ sees som deltakernes skriftlige tingliggjorte erfaring og praksis. Slik skriftliggjøring kan både gjøre det lettere og krevende å forstå hverandres bidrag. En ting er hva som formidles, og like viktig er hvordan dette formidles (Wetherell et al. 2001; Järvinen & Mik-Meyer 2005). Felles språk er en sentral ressurs for å forstå og bruke andres dokumentasjon (Säljö 2001:195-; Tietze et al. 2003; Wertsch 1991). EPJ kan vise og danne skiller mellom profesjonenes kunnskapsfelt, men EPJ kan også forbinde deres kunnskapsbidrag, hvilket forutsetter at aktørene forstår hva innholdet innebærer i praksis.

Innledningsvis beskriver jeg kort noen trekk ved EPJ ved Ringen og Lien. I avsnittene som følger omtaler jeg først Lien og deretter Studenttett post. Dette valget er gjort fordi EPJ var tydeligere innarbeidet i profesjonenes samhandling ved Lien. Jeg tar først for meg skrivemåten i EPJ. Deretter løfter jeg frem samspillet mellom samhandling via EPJ og ansikt til ansikt. I avslutningen har ulike former for grenseobjekt inspirert mine analysene.

6.1. Kort om dokumentasjon i elektronisk pasientjournal

Det var flere fellestrekk ved postene i innholdet og måten materiale ble lagt inn i elektronisk pasient journal (EPJ) (kap.4.3.2). EPJ rommet mange typer dokumentasjon om pasientens kartlegging, behandling og pasientforløp. I pasientens journal hadde hver profesjon et område, der de la inn notat fra samtale, undersøkelse, observasjon, testresultat, aktuelle tiltak og

vurderinger. Den som registrerte forandring i pasientens tilstand eller endret et tiltak, skrev noen linjer om dette i profesjonens område. Ved plutselig forverring skrev både legene og sykepleierne i EPJ. Når pasienten ble innlagt, skrev hver profesjon et notat etter de for første gang hadde snakket med eller undersøkt pasienten. I de første dagene ved posten ga pasienten samme type opplysninger til flere profesjoner. Først ute var sykepleieren som laget et innkommstnotat, og legen som skrev innkommstjournalen.

EPJ ga enkelt tilgang til profesjonenes skriftlige materiale. Legene holdt seg oppdatert om pasienters tilstand ved å lese sin og andre profesjoners forløpende vurdering, kartlegging og tiltak. Resultat fra kliniske medisinske undersøkelser lå i EPJ. En utskrift av laboratorieprøver lå også i Kurveboken (kap.4.3.2). Resultat fra de fleste spesialist- og røntgenundersøkelser lå i EPJ. Legene brukte EPJ til å rekvirere undersøkelser og prøver samt å sammenholde resultat fra disse. Etter innleggelsen møttes pasienten og legen hovedsakelig i Legevisitten. Via EPJ ble kunnskaper om pasienten formidlet til vakthavende leger, mellom postens leger og andre spesialister. Legene trakk materiale i EPJ fra andre i sitt vurderingsgrunnlag. De beskrev sykdomsutvikling og behandlingsforløp i fortløpende notat. EPJ var et sentralt verktøy for legene som medisinsk ansvarlige. Bruk av EPJ var innarbeidet i sykepleiernes daglige aktivitet. De skrev et notat om hvordan pasienten hadde det under deres vakt. Gjennom døgnet formidlet sykepleierne informasjon og vurderinger fra en vakt til de etterfølgende vaktene via EPJ. Ergo- og fysioterapeutene skrev noen linjer daglig om hva de hadde gjort og eventuell funksjonsendring for sine pasienter. Utenfor vanlig arbeidstid fikk få pasienter behandling av fysioterapeut, og ingen ble trent av ergoterapeut. Det vil si at disse to profesjoner skrev vel så mye for andre som for egen profesjon. En liten forskjell er at ved Lien leste primærfysioterapeuten fysioterapeutstudentens dokumentasjon om pasienten.

EPJ hadde erstattet pasientens papirjournal. Dette viser utviklingen som har vært i sykehus siden Lærum, Ellingsen og Faxvaag (2002), Christensen og Grimsmo (2005) og Melby (2007) undersøkte norske legers bruk av EPJ. Utviklingen speiles i Helsedepartementets forventning til helsepersonells kompetanse i å bruke EPJ (Meld.St. 9 (2012-13) 2012; St.meld.47 (2008-9) 2009). EPJ var postens viktigste sted for oppbevaring av kunnskaper om pasientene og dokumentasjon av kartlegging, behandling, trening og oppfølging som var planlagt og utført. Materialet som var lagret andre steder, ble ikke tillagt like stor vekt. For eksempel hadde Liens pasienter en oppfølgingsplan på nattbordet som få tok særlig notis av. Tidligere ble

denne planen ajourført ukentlig i Tverrfaglig møte og brukt av alle profesjoner. Nå var planen utkonkurrert av Referatet som lå i EPJ. Ved Ringen lå skjema med pasientens testresultater fra sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut i Kurveboken (kap.4.3.2). Resultat og konklusjon ble ført i profesjonens notat i EPJ. Selv om en del materiale ikke lå i EPJ ved Ringen, brukte profesjonene Kurveboken i varierende grad. Ved Lien var tester digitalisert og testresultatene lå i EPJ. Noen enkelte dokument fra andre institusjoner, avdelinger og spesialister kunne ligge i pasientens papirmappe/-journal på vaktrommet ved Lien.

6.2. Skrive for en eller flere profesjoner

I dette avsnittet kommer det frem at skrivemåten i EPJ medvirket til hva innholdet betød i den enkeltes praksis. Ved Lien var praksis å skrive slik at de i andre profesjoner kunne forstå teksten. Her var EPJ en viktig ressurs og påvirket deltakernes samhandling ansikt til ansikt. Ved Studenttett post var skrivemåten tilpasset profesjonen og tilhørende fagterminologi. Her ble EPJ et redskap for å formidle materiale innen profesjonen. I profesjonenes samhandling supplerte EPJ aktørenes muntlige tingliggjøring og meningsforhandling.

6.2.1. Bruke felles språk ved Lien

I postens praksis var skriftlig formidling sentralt. Skrivemåten gjorde at personalet og studentene fra ulike profesjoner forstod innholdet. EPJ åpnet for tilgang og innsikt i hverandres skriftliggjorte erfaring og praksis. EPJ var det sentrale redskap for å få binde sammen deltakernes praksis og koordinere postens virksomhet.

Et kjennetegn ved Liens praksis var forventningen om at alle leste hverandres dokumentasjon om felles pasienter i EPJ. Det var et mål å skrive korte notat for å redusere tiden de brukte for å lese og skrive. Studentene brukte mye tid for å tilpasse seg til den lokale skrivemåten. Slik omtalte Line-Fs studentenes erfaring fra å skrive i Link⁸⁹:

Linken husker vi godt. Der brukte vi litt tid, kan du si! Ja, det ble mye skriving. Jeg tror egentlig ikke det var for mye. Det har vært verre her [neste praksissted] synes jeg. Men jeg kunne bare skylde på meg selv, for jeg skriver alt for mye. Så det var vel egentlig ikke [posten], de andre fysioterapeutene skrev jo to linjer hver gang, omtrent.

Bruken av EPJ innebar at studentene lærte å formulere seg kortfattet og på en måte som gjorde at alle kunne forstå innholdet uansett profesjon. Også veilederne vektla dette i sin veiledning, slik eksempelvis Sylvia-F beskrev i veiledersamtalen:

⁸⁹ LINK er et fiktivt navn for forkortelsen for datasystemet som ble brukt ved Lien.

For det prøver i hvert fall jeg å si, når jeg skal lære studentene å skrive i Linken. Så sier jeg at dette skal være dokumentasjon for, selvfølgelig for vår egen faggruppe, men vi skal også tenke veldig på hva er det som er viktig, og ligger her for at resten av det tverrfaglige teamet har nytte av det.

Tilsynelatende forstod alle hva som stod i hverandres dokument i Link, hvilket bidro til at mange både leste og skrev, ikke minst studentene. Ergoterapeutenes notat var det enkelt for de fire profesjonene å forstå. For å forstå legenotatene trengte studentene å slå opp en del ord og ofte latinske benevnelser og diagnoser. Andre ganger spurte de veilederen om hva faguttrykk betød. For ergoterapeutstudentene inneholdt også sykepleiernes notat ukjente diagnoser, slik et sitat fra Aina-Es illustrerer:

De [fysioterapeuter] bruker de vanlige faguttrykkene på en måte som vi og har. Da tenker jeg i forhold til anatomen, samme type som pronasjon⁹⁰, supinasjon⁹¹ og slik type fag [-uttrykk]. Sykepleiere skriver diagnosene. De skriver ikke sukkersyke, de skriver diabetes. Og da kunne det jo være noen diagnoser at jeg bare av og til for eksempel; Åh, ja. På tilleggs-diagnosene som jeg ikke helt; Åh, ja hva er egentlig det, er det samme som det eller? Ja.

Det var vanskeligere å forstå fysioterapeutenes dokumentasjon for sykepleierstudentene enn det var for ergoterapeutstudentene. Dette til tross for at sykepleierveilederne ga studentene en liste over benevnelser for skjelett, muskler og bevegelser. Skrivemåten i notatene bar preg av at flere profesjoner skulle forstå teksten. Samtidig skulle formuleringene være tilstrekkelig presise for egen profesjon. Et hovedtrekk ved Liens samhandling var måten som aktørene skriftliggjorde sine kunnskaper. Profesjonene tilrettela for hverandre slik at deres notat ble meningsfylt for leserens aktivitet og vurdering. Gradvis skrev studentene i tråd med postens praksis for tingliggjøring. To sitat fra samtalen med Jorid-Fs illustrerer hvordan studentene endret sine formuleringsmåter i løpet av praksisperioden:

Hele tiden, du må ha øynene med deg og tenke: Ok, hva er det jeg ser, og hvordan kan jeg, hvordan skal jeg beskrive det videre, så alle faggruppene kan forstå det uten å bruke for mange spesielle fysioterapifaguttrykk, men likevel ikke virke som om du er hvem som helst som har skrevet det. Og det på hver eneste behandling å ha sett et eller annet hos pasienten: Er det noe framgang, er det noe tilbakegang, hvordan har pasienten det. Ja.

Ja, de [begrepene] hadde vi, men vi brukte dem i overdose [i starten], så for noen som kanskje ikke har vært tre år på fysioterapiutdanningen kan det være vanskelig å forstå. Vi skriver det for vanskelig.

For å dokumentere materiale og vurderinger fra møte med pasientene, erfarte studentene at de måtte balansere fremstillingen slik at den synliggjorde forfatterens kunnskaper uten å hindre lesernes tilgang. Ved å trekke på Wenger (1998:82-/2004:100-) kan vi si at EPJ ble en ressurs som fikk frem profesjonenes nytte av å bruke hverandres data, vurderinger og kunnskaper. I

⁹⁰ Pronasjon betyr her vridning av underarmen så håndflaten peker frem og tommelen peker ut fra kroppen

⁹¹ Supinasjon er en omvendt bevegelse av pronasjon, håndflaten vil da peke bakover og tommelen inn

postens praksis var skriftliggjøring i EPJ en måte å tilrettelegge for at aktørene kunne bruke hverandres kunnskaper om felles pasienter i arbeidet. EPJ ble en felles referanseramme for aktørenes forståelse og praksis.

Et annet trekk ved skrivemåten var at felles faguttrykk som ble brukt i EPJ, også ble brukt i Tverrfaglig møte og i Funksjonsskjema. Språket i felles skjema og møtefora ble ressurser når deltakerne skulle skrive i EPJ. I intervjuet formulerte for eksempel Heidi-Es seg slik om hvordan hun skrev for andre profesjoner:

Det jeg skriver skal være beskrivende slik at egentlig hvem som helst utenforstående, som leser det, kan se for seg situasjonen og ha sin vurdering av det. Egentlig ikke komme med så mye konklusjoner. Men her [Lien] er det jo ofte slik at er det tydelig neglect, så skriver du det. Men hvis du skriver beskrivende at pasienten overser alt på venstre side, da kan de gå inn i situasjonen og se det for seg. Og da er det kanskje litt lettere. Så det prøver jeg å være tydelig på, å beskrive situasjonen.

Begrepet neglect var også et punkt i Funksjonsskjema og kunne derfor gi mening i praksis uansett profesjon. For sykepleierstudentene gjorde slike benevnelser i møtefora, skjema og journalnotat at de lærte seg å bruke en del faguttrykk. Denne type felles begrep fant jeg også i oppslag over pasientsengene. Eksempelvis når pasienter trengte hjelp på en bestemt måte i stell eller i forflytning. Her er dette illustrert av Stine-Ss som fikk frem at til forskjell fra pårørende, så kjente og brukte sykepleierne flere av fysioterapeutenes benevnelser:

Fordi oppslag er veldig fint for pårørende som skal prøve å gjøre noe. Så kan de også få se en type veiledning der, da. Ja, for pårørende tror jeg ikke helt vet hva: Over affisert ben, lav forflytning over affisert side, kanskje de ikke er helt med på hva det betyr.

Slike formuleringsmåter om hvordan pasienter kom seg til/fra seng og rullestol, ble også brukt i felles dokument som Referatet. Eksemplet viser hvordan felles benevnelser bidro til presis og kortfattet formidling mellom profesjonene. Kombinasjonen av å redusere profesjonsspråk og bruke felles benevnelser får frem Liens tverrprofesjonelle praksis. Måten språket ble brukt, gjorde EPJ til et sentralt redskap for å forbinde vurderinger og kunnskaper for felles pasienter. Liens praksis for tingliggjøring gjorde at journalnotatene ga mening i flere profesjoners praksis. Det vil si at de oversatte og omformet budskapet (Carlile 2002, 2004) for hverandre. Tilgang til hverandres skriftlige materiale åpnet for å trekke inn flere perspektiv i personalets og studentenes forståelse av pasientens problem og felles virksomhet.

6.2.2. Skrive i profesjonens språk ved Studenttett post

Ved Ringen var det ikke et like fremtredende trekk at deltakerne tilrettela for andres forståelse av profesjonens materiale. EPJ var redskap for å samle og dele materiale i profesjonen. Bruk

av profesjonsvise skrivemåter fremmet muntlig tingliggjøring og var tydelig i postens praksis. For studentene ble EPJ en ressurs når de skulle lære profesjonens lokale dokumentasjonsform. Innholdet i EPJ var i først og fremst ment for profesjonens oppfølging av pasientene. Daglige notat om vurdering, tiltak og endring i pasientens tilstand, supplerte deltakernes muntlige fremstilling. Også her var det et mål å skrive kort og presist, slik et sitat fra Mette-Ss viser:

For vi måtte jo skrive, og så måtte sykepleierne godkjenne det. Og det fikk vi faktisk litt tilbakemelding på: Nå skriver du for langt, du må ha mindre ord, ikke sant. Skriv bare det som er aktuelt, det som nestemann trenger for å utøve sykepleie.

Eksemplet viser også hvordan veilederne vektla at studentens notat i EPJ var beregnet for profesjonen. Det var vanlig at et notat samlet og videreformidlet kunnskap som var aktuelt for å forstå pasientens problem og for å kunne følge opp tiltak. Dette speiler også et sitat fra Pia-Ss, der hun sammenlignet sine erfaringer fra Studenttett post og neste praksissted:

Det var litt mer sykepleierrettet, følte jeg. Ja, litt mer pleie, stell hva som var viktig for neste gruppe som kom på jobb for å vite, hva som hadde skjedd. Men det var viktig med hva legen hadde forskrevet av nye medisiner og slike ting, det var jo viktig.

Notat inneholdt ofte andre profesjoners data og vurdering som gjerne var formidlet muntlig både i og utenfor faste fora. Dokumentasjonspraksis skilte seg fra Liens praksis, der notat var et konsentrat av profesjonens kunnskaper, vurdering og tiltak for utvalgte delproblem. Ved Studenttett post viste dette seg blant sykepleierne, som brukte sine notater når de fulgte opp andre profesjoners tiltak for felles pasienter. EPJ fungerte som redskap for å samle materiale fra flere profesjoner, og bidro til meningsdannelse i profesjonen ved å gjengi og omformulere andres tingliggjorte praksis rundt pasienten.

Veiledere la vekt på at studenter brukte fagterminologi i EPJ. Studentene vernet seg til postens skrivemåte, tilsvarende det de gjorde ved Lien. For eksempel fortalte Mette-Ss hvordan praksissteder overstyrer utdanningens ideal for dokumentasjon:

Sykepleierne som er der, har sin måte de vil at skal være på. Så sykepleierne på Ringen har sin måte, eller den avdelingen har bestemt at der skal de dokumentere på den og den måten. Så lærer vi en ting på skolen, og så er det slettes ikke slik i praksis, da: Pasienten har spist og drukket godt, ikke sant. Hvis du skriver det på skolen, så får du: Ja, hva mener du med godt da? Det går ikke an å skrive godt, ikke sant. Men det blir jo gjort. Det ser jeg både i sykehusjobben min og nå i praksis på [neste] sykehus X. Ja, da er man på en måte enige. Det var som sykepleieren på praksisstedet sa: 'Når du eller vi skriver godt, da forstår vi [sykepleiere] at Ok, pasienten spiser det han blir servert og har normal matlyst. Det er litt slike ord som er greie å bruke. Så det er jo rutiner du må fange opp.

De ansatte var opptatt av å bruke formuleringer som ga mening i profesjonens lokale praksis. Her var ingen klar forventning om at lesere skulle forstå innholdet uansett profesjon. Også her tilpasset studentene seg profesjonens lokale dokumentasjonsform.

Ergoterapeutenes notat ble oppfattet som enkle å forstå, også ved Studenttett post. Dette er ikke ensbetydende med at de ikke skrev på en faglig måte. Dette kan illustreres av hvordan Tuva-Es beskrev sin uenighet med veilederen om tingliggjøring av Tuvas pasientmøter:

Der har et journalspråk. Men jeg synes likevel at det var viktig å få med at hun var ikke bare syk, det var noe friskt her og. Det var noe med at når hun kom i en aktivitet som hun trivdes i, så blomstret hun opp og kanskje glemte litt tid og sted. Men det ble bare strøket, og var helt uvesentlig. Strøket fra journalen av min veileder. Ja, det var litt: Slike ting skriver vi ikke her. Og ja, jeg var jo uenig i det.

Det ble lagt vekt på at studenter brukte profesjonens mal i sin skriftliggjøring. I 5.1.4 og 5.1.6 kom det frem at de, og særlig ergoterapeutstudentene, var skeptiske til å fokusere på problem og overse ressursene. Dette ble også tydelig når det gjaldt hva journalen skulle inneholde. Kunnskaper som ikke passet med postens praksis for skriftliggjøring, ble derfor formidlet muntlig. De oppsøkte ofte andre profesjoner for å supplere og diskutere innholdet i EPJ. Studentene stolte mer på at de forstod andres muntlige tingliggjøring enn den skriftlige. Et sitat fra Anne-Es illustrerer at tolkning av andre profesjoners skriftliggjøring ikke var entydig:

Det kan gå begge veier. Det kan være at du får inntrykk av at pasienten er mye dårligere ved å lese fysio, eller at han er mye bedre enn han faktisk er. At du da gjør en feilvurdering ut fra andres journal.

Teksten i EPJ var endelig, kort og formell, og den kunne ha et stort innslag av fagterminologi. Derfor kunne det være utfordrende for studentene å forstå andre profesjoners materiale. Ved Studenttett post var det enklere for studentene å forstå muntlig fremstilling enn skriftlig, eller som Pia-Ss sa: *De snakket ikke så mye slike greske ord, det var lett forståelig hva fysio holdt på med.*

Notat i EPJ som var preget av en profesjons fagspråk, kunne ikke alltid trekkes inn i andres praksis. Før andre profesjoners materiale i EPJ ga mening i studentenes praksis, kunne det kreve at innholdet ble oversatt og omformet (Carlile 2002, 2004). Dette gjaldt ofte spesifikk utredning og resultat. Deltakerne tolket og forklarte profesjonens kartlegging og testresultat for hverandre i tverrfaglige fora, slik et sitat fra Tor-Fs illustrerer:

Det tok en liten tid å få innsyn, for å få definert alle begrep som ble brukt til vanlig. Så når vi fikk forklart [andre] hva TUG⁹² var og Bergs⁹³ var og slike ting, så var det lettere for de andre, kanskje mer interessant å høre på. Det var Eli [overlege] flink til. Slik de første møtene så når jeg sa: Gått så og så fort på TUG, så sa hun: Kan du fortelle litt om TUG til de andre hva er det for noe. Det er bra

I starten av praksisperioden var det en del ukjente faguttrykk for studentene som de etter hvert ble vant med og forstod. EPJ var et redskap for å dokumentere og forbinde kunnskaper innen profesjonen, og en ressurs for å lære profesjonens lokale måte å skriftliggjøre resultat,

⁹² TUG står for Timed-Up-and-Go, en balansetest der personen reiser seg, går 3m, snur, går tilbake og setter seg

⁹³ Berg står for Berg Balanse Skala, en balansetest som består av 14 oppgaver i sittende og stående stilling

vurderinger og tiltak. Praksis ved Studenttett post gjorde ikke EPJ til det sentrale redskap i studentenes samhandling om felles pasienter. Til tross for at EPJ var viktig for å dokumentere, lagre og formidle kunnskap om pasienter, skapte ikke EPJ en tilsvarende tverrprofesjonell referanseramme som ved Lien.

Ved Studenttett post var at det var samhandlingen ansikt til ansikt fremfor bruk av EPJ, som fikk frem og skapte sammenhenger mellom profesjonenes oppgaver og deres kunnskaper for studentene. Ved Lien var EPJ sentral når aktørene formet forbindelser mellom profesjonene. Kapittel 5 viser at samtalene i faste fora og ellers hadde et mer uformelt preg ved Studenttett post enn ved Lien. Dette kan medvirke til at fagspråk var så sterkt vektlagt i bruk av EPJ, og omvendt. Deltakernes måte å skrive for profesjonen forsterket betydningen av muntlig formidling ved Studenttett post. Samhandling ansikt til ansikt åpnet for å forklare skriftlig materiale slik at det kunne skape en forskjell i andre profesjoners praksis og læring. EPJ ble mer redskap for å supplere og kvalitetssikre muntlig tingliggjøring over profesjongrensene og i profesjonen. Skriftliggjøring av egen praksis var med å gjøre profesjonens kunnskapsfelt og dokumentasjonspraksis tydelig for studentene. Ved Studenttett post var EPJ med å knytte studentene til profesjonen og å skape profesjonstilhørighet.

6.3. Samhandling via elektronisk pasientjournal eller ansikt til ansikt

EPJ var et nøkkelvektøy i profesjonenes samhandling og praksis ved Lien. Bruken av hverandres skriftliggjøring erstattet muntlig formidling og reduserte meningsforhandling. Liens praksis innebar gjensidig ansvarlighet for å formidle, oppsøke og bruke materialet i EPJ. Også ved Studenttett post brukte studentene EPJ, men uten at EPJ ble like sentral i samhandlingen. Her var praksis preget av tett og personlig kontakt, muntlig tingliggjøring og deltakelse i felles meningsdannelse. Praksis innebar gjensidig ansvarlighet for muntlig formidling og å gjøre kunnskaper om felles pasienter meningsfulle for andre.

6.3.1 Skriftlig tingliggjøring i felles meningsdannelse ved Lien

Bruken av EPJ til å dele kunnskaper om felles pasienter påvirket Liens møtepraksis og deltakernes direkte samhandling. Liens virksomhet var avhengig av at aktørene formidlet, oppsøkte og brukte hverandres skriftlige materiale. Bruken av EPJ synliggjorde profesjonenes gjensidige ansvarlighet for Liens praksis. EPJ hjalp deltakerne til å forstå pasientenes problem og fra flere perspektiv.

I feltarbeidet ved Lien ble jeg tidlig oppmerksom på den systematiske måten som mange leste om sine pasienter i EPJ. Personalet og studentene omtalte systemet som *LINK* (fiktivt), og var en forkortelse av programvarens merkenavn. Stadig ble det vist til hva de hadde lest og skrevet i *Linken* både i profesjonens møter og når jeg snakket med studentene og ansatte. EPJ var tydelig i deltakernes praksis og Liens daglige virksomhet. Et sitat fra Jorid-Fs illustrerer betydningen av EPJ, og ansvaret alle hadde for å bruke EPJ:

Jeg tror egentlig alt som sto på Link var styrende. Kjempeavhengig av at folk skrev inn der. Pasientene som kom, var jo ganske ny-syke. Og det var forskjellige ting som kunne skje. Jeg opplevde at en pasient plutselig var tilbake på akuten for eksempel.

Alle viktige opplysninger, selv det at en pasient ble akutt dårlig, lå i EPJ. Profesjonenes utveksling av informasjon og koordinering skjedde via EPJ og lite ved personlig kontakt. Måten som de brukte EPJ, hadde ført til mindre direkte samhandling. For eksempel var tiden avsatt til muntlig sykepleierrapport ved vaktskifter redusert (kap.4.3.3). I stedet hadde de en tidsressurs for å lese notat fra siste vakt/døgn om pasienter som de fikk ansvar for på vaktten.

Bindeleddet mellom profesjonene som EPJ var, viste seg ved at arbeidsdagen startet med å lese og skrive. Profesjonenes eneste felles møte var det ukentlige Tverrfaglig møte. Det var ingen tverrfaglige fora for veilederne eller studentene. Faktisk var det i fokusgruppen at veilederne satt sammen som veiledergruppe for første gang. Til tross for få felles fora, oppsøkte aktørene i liten grad andre profesjoner for å ta opp forhold og stille spørsmål om felles pasienter. En vanlig oppfatning var at de ikke hadde tid til å oppsøke hverandre. Et utsnitt fra veiledersamtalen illustrerer at mangel på diskusjon ble knyttet til travle hverdager:

Marit-E Og så er det ofte slik at sykepleierne, der borte på vaktrommet, dere er ofte ute i avdelingen, så det kan være vanskelig, ja, er mindre tilgjengelige -

Rundt bordet hm, mm.

Marit-E – opplever jeg i hvert fall at det er enklere å få tak i andre

Sylvia-F Både og, fordi de andre er også der med pasientene

Marit-E Men nå tenkte jeg at hvis en skal gå inn på vaktrommet og diskutere. Du gjør ikke det inne på et pasientrom. Så for dere [sykepleiere] er jo travelt opptatte med pasienter og mat.

Omtalen av hverandre speiler også at veilederne ikke regnet seg som en gruppe, men at de tilhørte sin profesjon. I fokusgruppesamtalen var det tydelig at veilederne hadde lite kontakt i hverdagen. Jeg tolker dette også som uttrykk for respekt for hverandres oppgaver og tidsbruk.

Studentene aksepterte og innordnet seg Liens praksis og brukte EPJ for å samhandle med andre profesjoner. For eksempel oppsøkte ergo- og fysioterapeutstudentene aldri en lege og omvendt, slik Line-Fs sa ved avslutning av praksisperioden:

Legene har jeg ikke hatt kontakt med, bare sett dem på møtene. Har ikke vært med på visitt. Jeg brukte Linken til å få med det som skjer, om sår for eksempel, blodtrykk hvis det er høyt.

Personalet og studentene innhentet kunnskaper om felles pasienter ved å oppsøke sin og andre profesjoners materiale i EPJ. Utenfor de faste fora var det noen raske avklaringer over profesjongrensene i tilfeldige treff i korridoren og vaktrommet. Typiske oppklaringer mellom sykepleier og ergo-/fysioterapeutene gjaldt tidspunkt for medisiner, spesialistundersøkelser og trening. Sykepleierne og legene snakket sammen i tilknytning til Previsitt og Legevisitt. Som forventet møttes de eller snakket sammen i akutte situasjoner, og når pasienter trengte legetilsyn. Vanligere var det at legen kom til vaktrommet og justerte medikamentell behandling i Kurveboken som følge av prøveresultat. Når aktørene var i kontakt via EPJ, var det ikke lett å bli kjent med personer i andre profesjoner. Slik beskrev eksempelvis Stine-Ss hvordan hun så forskjell på ergo- og fysioterapeuter:

For meg så har det vært litt vanskelig å vite hvem er ergoterapeut og hvem er fysioterapeut, da. Men det har jeg sett etter hvert. Men det er kanskje fordi pasientene blir hentet dit [til ergo-/fysioterapien].

Studentene visste knapt hvem som tilhørte hvilke profesjoner og hvem som var studenter. De var heller ikke opptatt av dette. Det var innholdet i notatene som var sentralt, ikke hvem forfatteren var. Det så ut til at studentene fant det naturlig å samhandle via elektroniske redskap. Kanskje henger dette sammen med at de var fortrolige med å bruke flere former for sosiale medier for å kommunisere.

Det som stod i *Link* var profesjonenes kunnskaper om pasienten og ble oppfattet som viktig i virksomheten. Deltakerne var avhengige av hverandres vurderingsnotat om felles pasienter fra kartlegging og oppfølging. Studentene forestilte seg et slags samarbeid mellom profesjonene via *Link*. Forfatterskapet i EPJ åpnet for forslagsrett i profesjonenes meningsdannelse. Tre sitat fra Heidi-Es illustrerer hvordan hun så for seg samhandling via EPJ:

Jeg ser jo at de [fysioterapeutene] har vært inne og lest mine[dokument]. Så da gjør de vel det. Jeg har ikke, jeg prater ikke så ofte med dem. Men når jeg har inntrykk at de er inne oppdaterer seg, og vi samarbeider på en måte.

Jeg går jo inn og sjekker om sykepleieren har skrevet om det har skjedd noe spesielt, slik at jeg kan ta hensyn til det i behandlingen, kartleggingen eller hva det nå enn er.

For jeg forventer av dem at det som er viktig blir skrevet i Link. Og der kan jeg gå inn og hvis det var noe viktig fra visitten, eller hvis det var noe folk må ta hensyn til, så står det på Linken. Ikke bare at de som var med på visitten vet det.

Her får vi inntrykk av hva studentene oppsøkte og formidlet i EPJ. Typisk er også den klare oppfatningen om at alle la inn all nødvendig kunnskap for andres oppfølging av pasientene. Studentene var opptatt av å finne og bruke materiale fra sin og andre profesjoner. EPJ åpnet for å oppdage sammenhenger og forskjeller i profesjonenes bidrag og var en hjelp til å forstå Liens praksis. Stine-Ss fortalte for eksempel at sykepleierstudentene hadde diskutert hvordan *Link* kunne bli mer nyttig i deres praksis:

De [sykepleierveiledere] burde gi informasjon til de neste studentene. Ikke nødvendigvis lære seg før, for vi ville gjerne kunne mer om Link. Fått et tilbud om det før vi kom i praksis. Men også å vite hva som er lurt å gå inn på. Her på avdelingen så er det lurt å gå inn på notatene til ergoterapeuten, notatene til fysioterapeut, samtidig med [sykepleiers] pleieplanen, for da kan du forstå litt mer. At i hvert fall studenter, at de kan ta seg tid til det. Slik at man gjør det riktig og lærer seg til hva man kan bruke det helt fra begynnelsen av.

Illustrasjonene synliggjør hvor sentralt verktøy EPJ var i profesjonenes samhandling og Liens praksis. Studentene brukte derfor tid på å lære seg å finne frem i systemet, å skrive og å forstå det som lå der. Kommunikasjon mellom profesjonene skjedde i stor grad via EPJ, og dette bidro både i koordinering av aktiviteter og meningsdannelse. EPJ skapte toveis-forbindelser mellom aktørene, og var en ressurs for å forstå pasientens problem fra flere synsvinkler. Slik sammenbinding var avhengig av den enkeltes handling: innhente og omforme hverandres skriftlige tingliggjøring, så det får betydning i praksis. I tillegg til at hver enkelt skrev slik at materialet kan gi mening i andres/felles praksis (kap.6.2.2).

Notatene var ofte skrevet på grunnlag av profesjonsvise tester og utredninger som også lå i *Link*. Denne type dokumentasjon ble lest av legene, mens blant de andre varierte det hvilket materiale de satte seg inn i. Enkelte maler og kartleggingsverktøy var mindre tilgjengelig og ga ofte lite mening for andre profesjoner. Et slikt redskap var sykepleiernes detaljerte pleieplan. Dette gjorde at andre profesjoner nøyde seg med å lese pleieplanens notat. Nå var pleieplanen under endring, og en hensikt var at planen skulle bli mer forståelig for andre. Derimot ble sykepleiernes vaktnotat om pasientens tilstand trukket inn i andre profesjoners vurderingsgrunnlag, slik et sitat fra Jorid-Fs illustrerer:

Jeg leste vel alltid, jeg synes kanskje det at sykepleierne alltid skriver noe med humøret, eller hvordan pasienten er i dagsform. Det syntes jeg var greit om morgenen før jeg skulle [til pasienten]. Om det var noe spesielt som hadde skjedd, det var det ofte de [sykepleier] som hadde skrevet. Men jeg opplevde det også veldig verdifulle for [behandlings-] timen, for å vite om pasienten har hatt mye smerte om natten eller er uthvilt. Det synes jeg er kjempeviktig for jeg skal planlegge behandling.

I Liens praksis hørte det med å lese pleiernes fortløpende notat for å kjenne pasientenes dagsform, søvn, smerter og eventuelle endringer. Ergo- og fysioterapeutene hadde på sin side

flere spesifikke tester, som Rivermead⁹⁴, Trail Making⁹⁵, Bergs Balanse Skala⁹⁶ og MAS⁹⁷. I all hovedsak ga slike verktøy mening for egen profesjon og legene. Andre profesjoner prioriterte å lese notatet om testen. Dette kan illustreres med et utsnitt fra veiledersamtalen:

*Sylvia-F Jeg synes i hvert fall ergoterapeutene er gode til å beskrive.
Det er ikke bare et poeng, men de beskriver litt hva det er og hva det ligger i det [poenget].
Rundt bordet: mm, ja
Sylvia-F har konklusjoner på det dere har funnet. Så det synes. (til Marit-E)
Ruth-S Det fungerer veldig bra. Jeg er enig med deg. Fordi det er ikke bare poengene som står der, det står veldig fint hvordan pasienten var kognitiv og. Og det er veldig bra.*

I hovedsak oppsøkte leserne hverandres tilrettelagte notat fremfor bakenforliggende materiale om pasienten. I kapittel 5 så vi hvordan andre redskap som felles skjema og møter, påvirket hva aktørene brukte i EPJ. Den enkelte oppsøkte materialet i EPJ som de fant relevant for sin vurdering og oppgaver. Gjennomgående betød dette at legene i sin praksis fortløpende trakk inn data og vurderinger fra både sin og andre profesjoner. Legenes og dels sykepleiernes notat ble gjerne utgangspunkt i andres daglige vurdering. Mer klinisk medisinsk materiale ble lest av sykepleierne. Fysioterapeutene og ergoterapeutene la mindre vekt på å sette seg inn i denne type innhold. Ergo- og fysioterapeutene brukte hverandres dokumentasjon som støtte for sine vurderinger. Sykepleierne brukte fysio- og ergoterapeutenes notat for å få innsikt i konkrete tiltak som forflytning, og enkelte oppgaver som var delegert til sykepleierne.

Andres fagspesifikke kunnskaper fikk ikke alltid betydning for leserens oppgaver og deres forståelse av pasientens problem. Dette illustrerer at tingliggjort erfaring og praksis blir tolket for å kunne gi mening i flere praksiser (Wenger 1998:110-/2004:132-). I avsnitt 5.2.4 kom det frem at Referatet ikke umiddelbart var meningsfylt for de som skulle utføre delegerte oppgaver. Det var få fysiske møter mellom profesjonene, og i hverdagen var det lite meningsdannelse over profesjonsgrensene. Studentene erfarte at Liens samhandlingspraksis hadde betydning for deres læringsmulighet. Eksempelvis får dette sitat fra Aina-Es frem behovet for felles forståelse av pasientforløpet, og for å kjede sammen profesjonenes praksis:

Jeg tror det hadde vært lurt å ha litt minimøter innimellom. For eksempel bare fysio og ergo og primærsykepleier. At bare; Åh, kan vi ta litt nå på den [pasienten], hva er hovedproblemet nå. Jeg vil si at det kunne bli bedre med for eksempel å ha litt småmøter. Fordi tverrfaglig [møte] er så kort og det er så mange pasienter man skal gjennom. Men det å ha litt småmøter i forhold til en enkelt pasient,

⁹⁴ Rivermead test brukes for å kartlegge hverdagshukommelse. Består av 11 deltester knyttet til navn, eiendeler, avtale, bilder, fortelling, ansikter, kort rute, beskjed, generell orientering og dato.

⁹⁵ Trail-Making Test kan avdekke vansker med kompleks visuell blick, strategi, oppmerksomhet, neglect, psykomotorisk tempo, tall- og bokstavforståelse, problemløsning og konsentrasjon.

⁹⁶ Berg Balanse Skala, er en balansetest som består av 14 oppgaver i sittende og stående stilling

⁹⁷ MAS står for Motor Assessment Scale, brukes for å teste daglige funksjonelle oppgaver fremfor isolerte bevegelsesmønstre etter hjerneskade

det er snakk om ett kvarter og ha det, kanskje en gang i uka. Det er ikke sikkert man trenger det så ofte en gang, men kanskje i begynnelsen av et opphold at Her, det er dette eller mot slutten. Alt ettersom hva som er problemet. På noen pasienter så fikk man unna alt på tverrfaglig [møte].

Eksemplet illustrerer utfordringen det var å koordinere profesjonenes aktiviteter og forbinde deres handlingsgrunnlag. EPJ åpnet for og ga mulighet for å bruke flere profesjoners kunnskaper. Men det var overlatt til den enkelte å oppdage og skape meningsfulle sammenhenger mellom forfatterens og leserens praksis. Studentene syntes å merke slike begrensninger ved EPJ, og de savnet diskusjon og felles meningsdannelse. Et sitat fra Stine-Ss speiler at for studentene var andre profesjoners materiale i EPJ ikke alltid selvforklarende:

Så det var det jeg sa til de [sykepleierveiledere] nå; at de burde si om pleieplanen [til studenter] at man leser PADL vurdering, der står kanskje litt mer forklart. Og så fort som mulig kanskje blir med på en PADL på pasienten, som man har. Vi [studenter] pleier gjerne ha ansvar for en eller to [pasienter] helt i begynnelsen. Så man sier at man kan gjerne være med andre [profesjonene]. Fordi da får man vite hvorfor også, fordi man ser det mer enn når det bare er skrevet.

For studentene ga ikke andres skriftliggjøring alltid mening i pasientarbeidet. I stor grad var tolkning og meningsdannelse overlatt til den enkelte foran PC-skjermen. Det var ikke alltid tilstrekkelig å lese for å oppdage og kjede sammen egne og andre profesjoners kunnskaper. Ikke minst gjaldt dette studentene. Dette kan vi forstå utfra at praktiske kunnskaper ikke alltid lar seg artikulere verbalt fullt ut (Grimen 2008a). Dette illustrerer også betydningen av å oversette og omforme tekst når den skal gi mening i flere praksiser (Carlie 2002, 2004).

I Liens praksis lå nærmest en forestilling om at pasientforløp kunne formes med minimal direkte kontakt og diskusjon over profesjonsgrensene. Det var tatt for gitt at alle forstod og brukte hverandres bidrag i EPJ. Ved å trekke på Wenger (1998/2004) kan vi se det som uttrykk for deltakernes anerkjennelse av hverandre som kompetente deltakere og deres ansvarlighet for Liens virksomhet. Implisitt i vektleggingen av å bruke EPJ var også tro på at dette var tidsbesparende og sikret at alle sider ved pasientens problem ble vurdert og fulgt opp uavhengig av person, profesjon og tidspunkt. Men bruk av skriftliggjøring og samhandling via EPJ, førte til lite diskusjon om sammenhenger og forskjeller i aktørenes handlingsgrunnlag. Samhandlingen via EPJ er knyttet til innordningen som preget Tverrfaglig møte (kap.5.2). EPJ var et redskap som ikke bare reduserte møtetid, men også meningsforhandling. Når det var lite meningsforhandling i Tverrfaglig møte, kan dette tolkes med bakgrunn i deltakernes forventning om de kjente og kunne finne hverandres utdypning og redegjørelse i EPJ. Jeg har berørt dette i avsnittene 5.2.3 og i 5.2.5. For eksempel kom Referatet raskt på plass uten stort engasjement fra møtedeltakerne. De kunne foreslå endringer før Referatet ble lagret i EPJ

neste dag. Det var mulig å utforme teksten presist når de satt ved en PC, men dette skjedde nærmest ikke. Referatet forble uendret, og formuleringer gikk gjerne igjen fra pasient til pasient og fra gang til gang. Dette gjorde at sekretæren startet å skrive før noe var avklart. (kap.5.2.3). Et trekk ved Tverrfaglig møte var at formuleringene var knappe, formelle og fremsto som sikre (eks. 7, 9, 11).

Liens praksis med å bruke notatene i EPJ påvirket hvordan deltakerne formulerte seg muntlig. Notatene i EPJ var utformet slik at de åpnet for innsikt i andres vurdering, hva som var gjort og skulle gjøres. Materialet fremstod som endelig og sikkert for leseren. En side ved å anvende felles system er at innholdet blir formelt og endelig, og at eventuell usikkerhet ikke kommer frem (Bowker & Star 1999). EPJ var et slikt system, der deltakerne forholdt seg til en endelig, formell og relativt presis tekst. Tverrfaglig møte var kjennetegnet av rutine, lite meningsforhandling og spontanitet (kap.5.2). Deltakere muntlige formuleringer i Tverrfaglig møte lignet deres skrivemåte; kort og presist. Slektskapet mellom det som jeg ved å trekke på Wenger (1998/2004), kaller skriftlig og muntlige tingliggjøring, viste seg i profesjonenes samhandling. Det så ut til at mulig usikkerhet i skriftlig tingliggjøring heller ikke ble løftet frem i møtefora. Ingen stilte vanligvis spørsmål ved andres vurderinger. Et sitat fra Aina-Es viser hvordan gjensidige anerkjennelse var implisitt i Liens praksis:

Hvis vi [ergoterapeuter] sa at her er det neglect, så sa de ok, da er det neglect. Og de [andre] stolte på oss i det. Og slik var det også med fysio: her er det skulder som er problemet, og da stoler vi på at det er skulderen, og det er skulderen vi må passe på. Ja, det er veldig at de stoler på det vi sier og det vi har funnet ut.

Deltakerne stolte på hverandre og godtok hverandres tingliggjøring. Studentene spurte ikke i møtet, men ventet til etterpå og spurte profesjonens studenter og veileder. De knappe og endelige formuleringene stimulerte ikke til å få frem usikkerhet, spørsmål og diskusjon. Behov for å bedre sikkerheten i helsepersonells handlingsgrunnlag er et viktig insitamant til diskusjon (Atkinson 1995). Det er derfor mulig at det var mindre påkrevd å diskutere vurderingsgrunnlaget når bidrag fremstod som sikre. Via EPJ ble det dannet felles grunnlag for å fastsette og løse problem. Profesjonenes skriftliggjøring bidro til pasientforløp som ga den enkelte opplevelse av sikkerhet, hvilket bidro til å redusere meningsforhandling i møtene.

I Tverrfaglig møte fikk klinisk medisinske perspektiv liten plass, mens dette var fokus i Previsitt der lege og sykepleier deltok (kap.5.2.2). Det materiale som deltakerne oppsøkte i EPJ før møtene, reflekterte de tema og perspektiv som kom i spill i tverrfaglig møte og i

bruken av felles redskap som Funksjonsskjema, og omvendt. Liens praksis med vekt på tingliggjøring og bruk av EPJ reduserte diskusjon og usikkerhet. Underforstått var profesjonenes skriftlige tingliggjøring tilstrekkelig entydige til å gi mening i den enkeltes praksis uavhengig av profesjon og studentstatus. For å følge Wenger (1998/2004) kan vi si at tingliggjøring fikk forrang fremfor deltakelse i meningsforhandling og utvikling av deltakernes fellesskap. Berg (1997:132) peker på at virksomhetens rutiner er med å gjøre pasienters problem håndterbare for helsepersonell. Redskap som blir brukt i slike prosesser, kan bli del av og endre praksis. I Liens praksis var EPJ et slikt redskap som påvirket profesjonenes praksis. EPJ tjente som en toveisforbindelse og gjorde at deltakerne kjente hverandres aktiviteter og kunnskaper når disse ble aktuelle i felles fora. Samhandling ansikt til ansikt og via EPJ nærmest bekreftet deltakernes vurdering, kunnskaper og praksis.

Profesjonenes todelingen av møtefora og felles interessefelt for pasienten ved Lien, har jeg tatt opp i kapittel 5.2. Måten som deltakerne skrev i og brukte EPJ, gjorde at foraene ikke var et lukket rom for en og to profesjoners kunnskapsbruk og -utvikling. Bruken av EPJ bidro til å forbinde de to interessefeltene med tilhørende fora. Profesjonenes funksjonsdeling ved Lien ville antakelig blitt forsterket dersom profesjonene hadde skrevet for profesjonen og ikke for hverandre. Like stor betydning hadde integreringen av EPJ i Liens og den enkeltes praksis. EPJ fungerte mer til brobygging mellom profesjonenes praksis enn som redskap for kontroll av deltakernes planer, vurdering og oppfølging av pasientene.

Abbot (1988:35-) omtaler hvordan profesjonelle gjør objektive fakta om til problem som subjektivt passer profesjonens oppgavefelt. I problemfastsettingen blir pasientens subjektive situasjon omformet til diagnoser og kategorier. Ved Lien gjorde profesjonenes samhandling via EPJ at det ikke var en, men flere profesjoner som bidro til å fastsette problemene. Det vil si at det var profesjonene samlet som tilpasset pasientens problem til mulige pasientforløp i Liens virksomhet og praksis. Dette er i tråd med Berg og Bowker (1997) som peker på betydningen pasientens journal har både for utforming av pasientløp, arbeidsorganisering og profesjonenes innbyrdes forhold i sykehus. EPJ var sentral i Liens tverrprofesjonelle praksis der fastsetting av pasientens problem ble tilpasset flere profesjoners kunnskaper og oppgaver.

6.3.2 Deltakerkontakt fremfor skriftliggjøring ved Studenttett post

Ved Studenttett post var praksis preget av deltakelse i direkte samhandling fremfor gjennom EPJ. Posten praksis innebar at deltakerne utviklet personlige relasjoner og ansvarlighet for fortløpende å bidra i felles meningsdannelse og forbinde profesjonenes kunnskaper om og aktivitet for felles pasienter.

Også ved Ringen var EPJ et sentralt redskap for å lagre og formidle kunnskap om pasienter og dokumentere profesjonenes aktivitet. Statusen som EPJ hadde, viste seg i vekten det ble lagt på at studentene lærte å bruke EPJ. Dette er tydelig både i feltnotatene, studentintervjuene og fokusgruppene. Et sitat fra Pia-Ss er typisk for hvordan studentene erfarte at de mestret bruken av EPJ ved neste praksissted:

Dokumentere hadde jeg også kontrollen på når jeg kom til post N. Det var ganske befriende egentlig. Ja, jeg imponerte litt de som jobbet der, jeg kunne nesten mer enn dem. Ja, å bruke det, [EPJ] og vite hvor alt lå. Og det var litt kjekt å se.

Betydningen av å bruke EPJ var tydelig ved begge sykehus, men det var en påfallende forskjell i omfanget av hva vi kan kalle deltakerforbindelser (Wenger 1998:104-/2004:125-over profesjonsgrensene. Ved Studenttett post visste alle hvilke typer data og kunnskaper som var relevant for hvem, og som kunne være vanskelig å forstå. En faktor som gjorde dette mulig var at studentene og personalet kjente hverandre. De visste hvem som var ansatt og student i hvilke profesjoner og pasientgrupper, og de kjente hverandres navn. Det lå i postens praksis å oppsøke hverandre. Dette kunne gjelde rekvirering av undersøkelser og resultat fra prøver, tester og kartlegging.

I tillegg til å skrive i EPJ delte de vurderinger av pasienters utvikling med hverandre muntlig. Dette kunne dreie seg om pasienters smerte, blodtrykk, søvn og mestring i daglige gjøremål og trening. Det var vanlig å stikke innom kontor, vaktrom og behandlingsrom, slik et utdrag fra feltnotatene illustrerer:

Etter Visitten går John-L innom treningsrommet der Tor-Fs over balanse med en pasient og spør: Vil du at jeg skal bestille røntgen av hoftene til Ola Nordmann?

Tor-Fs: Ja, smertene kan være forenlig med artrose.

John-L: Hoften synes være størst problem nå, selv om han kom inn for synkope⁹⁸.

Er det sensorisk utfall? Trenger vi bare røntgen av en hofte?

Tor-Fs: Ingen sensoriske utfall, bare ta bilde av høyre hofte.

⁹⁸ Synkope er plutselig tap av bevissthet, fører vanligvis til fall og går som over. Symptomet har ulike årsaker.

Her avklarte legen og fysioterapeutstudenten hva som var hovedproblemet og hvilke undersøkelser som kunne bekrefte at hoftelrådet var problemet. Slike felles vurderinger og avklaringer utenfor møtefora var typiske. Den rådende oppfatning var at alle var travle, men at de likevel kunne forstyrre hverandre av hensyn til pasientens oppfølging. Forskjellen fra Lien var stor. Der oppsøkte profesjonene sjelden hverandre, og studentene visste knapt hvem som var hvem utenfor profesjonen. Ved Studenttett post viste aktørenes engasjement for andres aktivitet og praksis seg i deres kontakt over profesjonsgrensene.

Ikke sjelden kom ny kunnskap om pasienter først frem i Tverrfaglig morgenmøte (kap.4.3.1). Deretter kunne aktørene sjekke materialet i EPJ. Legene fikk og satte seg inn i nytt materiale i EPJ og før Previsitten. Eksempel på en slik hendelse var et morgenmøte der studentene diskuterte endringene hos en alvorlig syk pasient:

*Berit-Ss: Pasientens tilstand er forverret, er flyttet til enerom. Mer ødem.
Skal tas opp om hun skal fortsette med behandling.*
Tor-Fs: Jeg skal avslutte behandlingen også.
Mette-Ss: Kan jeg gå inn å hilse på pasienten når jeg ikke har [ansvar for] det rommet?
Berit-Ss: Du må huske å være profesjonell

Denne type vurderinger om alvorlige forandringer og tilstander ble gjort ansikt til ansikt. For studentene ga dette anledning til å ta opp tanker rundt alvorlig sykdom og lidelse. Studentene engasjerte seg i hverandres opplevelse og vurdering av pasientenes situasjon og problem. Dette står noe i motsetning til ved Lien, der sykepleierne, ergo- og fysioterapeutene samt studenter måtte fange opp slike alvorlige endringer i EPJ (6.3.1).

Ved Studenttett post innebar praksis muntlig formidling og felles meningsdannelse, og dette viste seg i notatene. Hver profesjon refererte gjerne andre profesjoners kunnskaper. Det vil si at andres bidrag og konklusjoner fra tverrfaglige fora ble tatt inn i de profesjonsvise notatene. Her er et eksempel der Tor-Fs fortalte veilederen hva han hadde skrevet i sitt notat:

Lite nytt på Tverrfaglig møte, vi hadde alt brukt tid på Previsitt. Vi fylte ut Sunnaas Skjema, hun fikk 1,3 i snitt. Hun er ikke selvstelt, har skrevet det i EPJ.

Sitatet illustrerer at felles meningsdannelse var resultat av deltakelse i flere sammenhenger. Profesjonenes notater i EPJ var ikke like sentrale for å skape felles referanserammen og forbinde profesjonenes oppgaver som ved Lien. Vaktturnusen gjorde sykepleierne og legene mer avhengig av dokumentasjon fra tverrfaglige fora enn andre. Vurdering og konklusjon fra Tverrfaglig møte ble tatt inn i sykepleier-notatet i EPJ. Derfor mente enkelte sykepleiere at de

hadde for mange skriveoppgaver. Slik omtalte Lars-S dette da vi satt sammen med noen studenter over en kaffekopp:

Sykepleiere er mer og mer sekretærer, det synes jeg er synd. Skriver inn fra alt i sykepleier-notat. Vi kunne hatt sekretær som skrev inn etter Previsitt for eksempel. En sekretær skulle ikke skrive epikriser

Her kommer det frem at konklusjoner fra Previsitt var enkle å skrive, sammenlignet med å samle materiale til et utskrivningsnotat. Dette viser også at skriftlig formidling var mindre viktig for å kunne følge opp pasienter i posten enn for å sikre oppfølging etter utskrivning. Profesjonenes samhandlingspraksis viste seg også ved at veilederne stadig ba studentene om også å lese i EPJ og ikke stole fullt ut på muntlig formidling. Slik oppmuntring kom gjerne i veilederens og studentenes samtale om pasienter. For eksempel gjaldt dette vurderinger fra sykepleiere/-studenter som ikke hadde vært på vakt de siste dagene og derfor ikke helt kjente pasienters tilstand. Eller sykepleierstudentene kunne bli bedt om å sjekke ergoterapeutenes vurdering av kognitiv funksjon. Et tredje eksempel var da fysioterapeutstudentene diskuterte belastningen som et brudd tålte. Veilederen ba dem om å sjekke ortopedens notat og la til: *Vi kan ikke stole på informasjonen i Morgenmøtet.* Veilederne og gradvis også studentene, var klar over at skriftlig materiale skulle være handlingsgrunnlaget i pasientarbeidet. Det typiske er likevel at deltakerne stolte på hverandres muntlige formidling.

I personalmøtet tok de opp utfordringen posten hadde for å få aktørene til å bruke andres materiale i EPJ. Fordi systemet ikke varslet når noe nytt var lagt inn, tok det tid å finne ny dokumentasjon. I mitt prosjekt vil det føre for langt å gå inn i denne problemstilling. Poenget her er forventningen om at alle leste og brukte hverandres skriftliggjøring om felles pasienter, på samme måte som ved Lien. Illustrasjonen under er fra Tverrfaglig personalmøte og får frem personalets syn på betydningen av å bruke andres dokumentasjon:

Anders-Lo Det er svært nyttig å lese hverandres notater. Er en utfordring fordi det ikke er synlig om det finnes notat eller et nytt notat om en pasient. Ligger skjult, så jeg må lete hver gang, for hver pasient. Skulle vært slik at vi så at det fantes et notat. Det at systemet ikke varsler er en ulempe. Å lese må gjøres, er nyttig.

Annette-E Vi får oppmuntre studentene til å bruke hverandres notater, de blir bedre etter hvert.

Både ansatte ved Studenttett post og ved Lien var enige om nytten av å bruke kunnskaper om felles pasienter og andres praksis som lå i EPJ. Praksis ved Studenttett post med delta i felles meningsdannelse, ble støttet av EPJ-systemet. Tidsbruk var vanlig argument for å ta direkte kontakt fremfor å gå via EPJ. Omfanget direkte samhandling gjorde det mindre påkrevd å lese andres profesjoners materiale. Dette ble forsterket av at de i sine notat trakk inn og gjenga andres kunnskap om pasienten. Praksis innebar at deltakerne var ansvarlige for å bidra til

hverandres forståelse av hva de ulike kunnskaper betød i pasientarbeidet. Til forskjell fra Lien var det ikke overlatt til den enkelte å tolke andre profesjoners skriftliggjøring.

6.3.3 Felles meningsdannelse ved Studenttett post

Dette avsnittet viser hvordan profesjonsspesifikt materiale gjerne ble tolket i fellesskap ved Studenttett post. Elektronisk pasientjournal var utgangspunkt når studentene bidro til hverandres læring og sammenkjedning av profesjonenes kunnskapsbidrag. EPJ ga tilgang til andres kunnskaper om felles pasient, men EPJ var ikke sentral i sykepleier-, ergoterapeut-, fysioterapeutstudentenes samhandling. De hadde god mulighet til å få hjelp til å forstå andre profesjoners skriftliggjøring. Det vil si at materialet fikk betydning for deres praksis og i pasientarbeidet. Flere av PC-ene var plassert slik at personer fra flere profesjoner ofte var i rommet og i nærheten av PC-ene. Lokaliseringen gjorde at studentene brukte EPJ i felles meningsdannelse. Dette bidro til å kjede sammen profesjonenes praksis. Studentene henvendte seg gjerne til hverandre for å få hjelp til å forstå uttrykk og tekst i EPJ. Hvor innarbeidet det var å bruke hverandre slik, illustrerer dette sitatet fra Berit-Ss:

Med fysio og ergo, så var det også det at de bruker, som vi gjør også, mye forkortelser, og jeg holdt på å si, mye internt språk. Så det var ikke alltid det var så lett å forstå. Og da logget man ut og tenkte: Ja. Det ble bare: For dårlig tid. Og det var ikke noen akkurat der og da, som jeg kunne spørre.

Forskjeller i profesjonenes terminologi gjorde at innholdet i EPJ ikke alltid var overførbart til studentenes praksis. Vanligvis var det så enkelt å få hjelp til tolke dokumentasjon at studentene ikke prøvde å gjøre dette på egen hånd. De vennet seg til å spørre hverandre fremfor å slå opp i tilgjengelige kilder. De hadde også lav terskel for å krysse profesjongrensene for å spørre ansatte eller formidle hva de visste. Dette skilte seg fra Lien, der studentene spurte sin profesjons studenter og veileder.

Ved Studenttett post viste studentene til andres materiale i EPJ som de mente var viktig å trekke inn i sitt pasientarbeid. En mulighet var å spørre tekstforfatteren. Men to studenter kunne også sammen lese og vurdere andres skriftliggjøring. I slike situasjoner var tendensen at notat og testresultat førte til meningsforhandling. En dag fortalte for eksempel Pia-Ss meg at hun og Tuva-Es hadde diskutert et notat fra en fysioterapeutstudent:

Det var overraskende at fysio bryr seg så mye om det psykiske. At fysio også ser, observerer hevelser, hvordan [pasienten] sitter i rullestol. Jeg trodde fysio var mest på øvelser. (Pia-Ss viser meg ved bøye/strekke armene). Da jeg spurte hva psykisk betød, presiserte Pia-Ss dette slik: Familie, bolig, arbeid, det sosiale. På mitt spørsmål om hun hadde blitt overrasket over hva ergoterapeuter var opptatt av, svarte Pia-Ss: Nei, jeg visste hva ergo skrev, jeg hadde snakket med dem.

Materiale i EPJ ble utgangspunkt for diskusjon mellom studentene og bidro til at de oppdaget felles element i profesjonens og andre profesjoners vurdering og tiltak. Andre profesjoners tekst ble konkret utgangspunkt for meningsforhandling og ga innsikt i ulikheter og mulige sammenhenger i profesjonenes oppgaver og kunnskapsfelt. Neste eksempel viser hvordan slike samtaler kunne klargjøre studentenes handlingsgrunnlag. Her diskuterte en ergo- og fysioterapeutstudent en kognitiv test som en annen ergoterapeutstudent hadde utført. Fysioterapeutstudenten ble klar over at hun i sin vurdering av pasientens balanse ikke hadde relatert dette til pasientens kognitive funksjon.

Eksempel 12:

Tuva-Es Vi [ergoterapeuter] hjelper ikke til med stolen, vi vil se om pasienten trenger hjelp først.

Silje-Fs Jeg har jo sett at hun nesten holdt på å falle

Tuva-Es Pasienten har sagt at hun hjemme har rullator ute, tviler på det. MMS er 17.

Var ok at du var med på Rivermead⁹⁹-testen. Hva ville du gjort bedre?

Silje-Fs Presset mer, ikke sittet rolig selv. Var ubehagelig å se at ikke klarer å håndtere telefonen

Tuva-Es Ja, er vanskelig å bare la det ringe

Silje-Fs Jeg har oversett noe som Rita-Es så. Kognitive og personlige er ikke det samme som ikke å huske. Konsentrasjon er kognitive også.

Samtalen gjorde at fysioterapeutstudenten oppdaget at ergoterapeutens kunnskap endret forståelsen av pasientens problem, og hun lærte mer om hva kognitiv funksjon innebar. Ved å trekke på Wenger (1998/2004) kan vi se hvordan profesjonenes skriftliggjøring samspilte med deres deltakelse i felles meningsdannelse. Dette var tydelig i studentens samhandlingspraksis ved Studenttett post. Testresultat og notat i EPJ var ofte utgangspunkt for å lære og forbinde profesjonenes kunnskaper om pasienten. Dette hjalp studentene til å forstå hva andre profesjoners perspektiv betød for deres vurdering av pasienters situasjon. Dette bidro til at de bedre forstod og kunne være deltakere i postens virksomhet. Postens praksis med vekt på muntlig fremfor skriftlig tingliggjøring, er knyttet til at studentene og personalet erfarte det som trygt å spørre og forklare på tvers av profesjonsgrensene. En annen faktor var at de fikk anerkjennelse for å bidra til sin og felles forståelse og praksis (kap.5.1). Hverdagens mange møtepunkt og samhandling ansikt til ansikt skapte tilhørighet til postens felleskap og gjensidig ansvarlighet for hverandre og felles praksis.

6.3.4 Elektronisk pasientjournal og legestudentenes deltakelse

Jeg har valgt å omtale legestudentene i et avsnitt fordi elektronisk pasientjournal er sentralt når leger følger pasienters tilstand og effekt av medisinsk behandling. EPJ kom derfor i

⁹⁹ Rivermead testen brukes for å kartlegge hverdagshukommelse. Består av 11 deltester knyttet til navn, eiendeler, avtale, bilder, fortelling, ansikter, kort rute, beskjed, generell orientering og dato

særstilling for legestudentene. De deltok lite i postens virksomhet og hadde begrenset tilgang til EPJ. Dette gjorde det utfordrende for dem å forstå og engasjere seg i postens praksis.

Legene ved Ringen og Lien brukte EPJ ganske likt for å følge pasientenes utvikling og behandling. De sjekket EPJ før Previsitt, Legevisitt og Tverrfaglig møtefora og for å skrive rekvisisjoner og epikrise. Legene sammenholdt materiale fra flere profesjoner via EPJ. Legestudentene ved Ringen fikk tilgang til andre profesjoners kunnskaper om pasienter i Previsitt, Tverrfaglig previsitt og Legevisitt. Legestudentene valgte ut og fulgte pasienter som bød på interessante kliniske problemstillinger for eksamen, eventuelt skrev de inkomst-, underveis- og utskrivningsnotat eller epikrise for enkelte pasienter. De skrev ikke for én pasientgruppe i EPJ som andre studenter. Legestudentene engasjerte seg mindre i postens oppgaver enn andre studenter (kap.5.1.6). For de fleste legestudentene bestod samhandling med andre profesjoner i å lytte til bidrag i møtefora og legevisitter. De som var mer aktive brukte EPJ for å finne og bruke materiale både fra og for profesjonen. For eksempel beskrev Per-Ls hvordan han brukte andre faggruppers data:

Altså, det blir veldig, veldig summarisk, spesielt med alt papirarbeidet, hvor mye man får sett til pasientene. Det er en inkomstsamtale, og visitten er jo bare noen helt få sekunder å observere. Så den viktigste informasjonen kommer egentlig fra de andre faggruppene, og spesielt sykepleierne. Jeg leste ikke ordentlig ergo- og fysioterapeuter. Jeg så på dem i forbindelse med noe av skrivingen. Men da var det mest å scrolle og lese konklusjonen. Så veldig pragmatisk, det som skulle inn i dokumentet.

Sitatet illustrerer hvor avhengige legene og legestudentene var av andre profesjoners notat for å vurdere pasientenes problem og videre forløp. Legestudentene prioriterte materiale fra legene og prøvesvar fra laboratorier, røntgen og andre spesialister. Sykepleiernes vaktnotat var en kilde for å følge utvalgte pasienters klinisk tilstand og medisinske behandling. De prioriterte andre profesjoners materiale lavt. Så Per-Ls sjekket først ergo- og fysioterapeuters notat når det var rekvirert testing av forhold som kognitiv funksjon, balanse og svimmelhet.

I kapitlene foran (5.1.3 og 5.1.6) så vi at Per-Ls deltok i vurdering og fastsetting av problem og tiltak, og at han refererte til andre leger. Legestudentene brukte EPJ mindre enn legene for å inkludere andre profesjoners perspektiv i sin vurdering. Men de trengte å sette seg inn i flere profesjoners kunnskaper om pasientene for å delta i felles meningsdannelse og for å forstå postens praksis. Dette var synlig ved Studenttett post der Kari-Ls ble en observatør eller en *etterdilter* som hun selv kalte seg (kap.5.1.3). En faktor var at hun manglet konkrete oppgaver. Men begrenset tilgang til EPJ virket negativt på deres engasjement og samhandling med andre profesjoner, som et sitat fra Kari-Ls illustrerer:

Jeg satt bare mens de andre legene gikk gjennom pasienter før Previsitten [EPJ]. Jeg ble ikke på noen måte inkludert i gjennomgangen. Det er klart jeg kunne sikkert blitt inkludert. Av og til så spurte jeg litt og hang over skulderen litt. Men jeg hadde ingen maskin og fikk ikke ansvar for å følge opp noen.

Kari-Ls resignerte som resultat av hun opplevde å mangle nøkkelverktøy for legers oppgaver og forståelse. Hun verken undersøkte eller fulgte opp pasienter. For å få tilgang til EPJ måtte en lege logge inn legestudentene. Den litt tungvinte tilgang er ikke tilstrekkelig forklaring på legestudentenes lave engasjement. Også sykepleierstudenter ble logget inn av ansatte, uten at dette hindret dem fra å bruke materialet i EPJ. Til forskjell fra legestudentene deltok de i felles meningsdannelse både i og utenfor felles fora. Legestudentene var avhengige av å spørre konkret for å få tak i hva andre profesjoners kunnskaper betød for vurderinger og tiltak.

Forskjellen mellom legestudentene og andre studenter kan forstås i lys av den samlende funksjon EPJ har i legenes praksis. EPJ er uunnværlig når de tolker og sammenholder resultat fra kartlegginger, men også for å utføre konkrete oppgaver som å rekvirere undersøkelse og behandling (Lium, Tjora & Faxvaag 2008). Pasientjournalen er å forstå som redskap for å skape og bekrefte pasienten og pasientforløpet (Berg & Bowker 1997). Prosessen innebærer å gjøre objektive fakta om til problem og tiltak som er tilpasset profesjonens kunnskapsfelt (Abbott 1988:35-). Sentralt for legestudenter er å lære legers måte å beskrive, strukturere og kjede sammen kunnskaper om pasientens problem (Atkinson 1988:197, 1995:47). EPJ ga legestudentene indirekte tilgang til pasienter på samme måte som legene hadde. Legestudenter ønsker pasientarbeid i sine praksisstudier (Bleakley & Bligh 2008; Dornan, Arno, Hadfield, Scherpbier & Boshuizen 2006). Overført til legenes hverdag i dagens sykehus er det ikke overraskende at legestudentene erfarte EPJ som portvakt for oppgaver og ansvar som de fikk. Hva studentens legitime perifere deltakelse kunne omfatte (Lave & Wenger 1991/2003:38) ble med andre ord regulert ved å bruke EPJ. Manglende ansvar i pasientarbeidet gjorde at legestudentenes samhandling med andre studenter og profesjoner ble sparsom. I kapittel 7.2.1 og 7.3.1 går jeg nærmere inn på at de ikke ble deltakere i postens praksis og studentgruppens fellesskap. De andre studentenes praksis var preget av personlig og hyppig kontakt med pasienter og hverandre. Tverrprofesjonell meningsdannelse ansikt til ansikt skapte og var del av handlingsgrunnlaget for deltakerne i postens praksis. For legestudentene ved Ringen var EPJ et redskap med potensiale til å åpne for deres deltakelse i postens virksomhet. Det vil si at EPJ kunne fungert mer som ved Lien, der EPJ forbandt profesjonenes virksomhet og praksis.

6.4 Elektronisk journal som grenseobjekt i profesjonenes samhandling

Her oppsummerer jeg kapitlet og bruker begrepet grenseobjekt (Star & Griesemer 1989; Star 1989a, 1989b) for å få frem hvordan elektronisk pasientjournal fungerte i postenes praksis. Kapitlet har vist at elektronisk pasientjournal (EPJ) var et tydelig og mer innarbeidet redskap i profesjonenes virksomhet og praksis ved Lien enn ved Studenttett post. EPJ kan vi forstå som grenseobjekt (Bowker & Star 1999:290-). I analysene av hvordan EPJ inngikk i profesjonenes samhandling og bidro til tverrprofesjonell praksis, bruker jeg ulike former for grenseobjekt (Star & Griesemer 1989; Star 1989b). Innholdet i EPJ kunne både åpne og avgrense for innsikt i andres oppgaver og praksis. Skriftliggjøringen av profesjonenes kunnskaper om pasienten gjorde EPJ til et mulig redskap for å bygge bro og skiller mellom profesjonene. Dette siste kan vi se som grensearbeid, der en gruppe skaper et epistemisk rom og utestenger andre (Gieryn 1983, 1999). Grenseobjekt og grensearbeid kan fange to funksjoner som EPJ har i profesjonenes lokale praksis. Begrepene er omtalt i kapittel 2.3.

6.4.1 Elektronisk pasientjournal som delt lager

EPJ lagret dokumentasjon om pasienten og hva som var gjort for pasienten. EPJ gjorde det mulig å hente frem og gjøre ny vurdering av undersøkelse og behandling fra aktuelle og tidligere sykehusopphold. Dokumentasjon er institusjonens hukommelse og viser hva som viktig å ta vare på for institusjonen (Ahrne & Hedström 1999; Svensson 2008). Dette gjør EPJ et sentralt redskap i postens virksomhet. Ved postene var EPJ den sentrale samling av profesjonenes kunnskaper om pasientene. Samlingen i EPJ var mer komplett ved Lien fordi ved Ringen lå mer av dokumentasjonen i Kurveboken. Vi kan forstå EPJ som grenseobjekt av typen *lager* (Star og Griesemer 1989; Star 1989b:48). En egenskap ved lager er modulisering. Hver profesjon hadde sitt område i EPJ som inneholdt flere typer materiale med ulik grad av abstraksjon. En område er å forstå som en profesjons samling av kunnskaper om utvalgte sider ved pasientens situasjon, samt profesjonens vurdering og tiltak. Forstått som lager understøtter EPJ sykehusets differensiering og spesialisering av profesjonenes oppgaver. Hvilke deler i EPJ som var aktuelt å bruke, var dels styrt av pasientens tilstand, som for eksempel akutt forverring, dels var det mer samspillet mellom EPJ og andre redskap som avgjorde hva som var relevant. Ved Lien ga eksempelvis Tverrfaglig møte insitamant til å oppsøke andre profesjoners område i EPJ. Det varierte noe mellom profesjonene hva de leste i EPJ. Store deler av legers arbeid skjer på kontoret (Berg 1999a). Dette gjorde at legene brukte de fleste områdene i EPJ for å følge utredning og behandling. Via EPJ trakk legene inn

kunnskaper om pasienten fra flere kilder i sitt handlingsgrunnlag. For legene ble derfor EPJ et redskap med samlende mer enn oppdelende funksjon. For de andre profesjonene hadde postens praksis for skriftliggjøring mer å si for om EPJ fungerte som en profesjons eller en tverrprofesjonell kunnskapssamling. Mest krevende var det for studentene ved Studenttett post å gjøre andre profesjoners materiale i EPJ meningsfylt.

Vektlegging av profesjonens terminologi og testresultat ved Studenttett post kan sees som en måte å føre studentene inn i profesjonens dokumentasjonspraksis. Det vil si at EPJ kan være et middel for å markere profesjonens kunnskapsfelt, for å følge Abbott (1988). Når EPJ fikk en oppdelende funksjon, kan EPJ forstås som del av profesjonenes lokale spill om ansvar og kontroll. Bruk av profesjonsspråket i EPJ kan gjøre EPJ til redskap for å skjerme for andres innsyn i profesjonens praksis. Epistemiske rom (Gieryn 1983, 1999) kan bli dannet og bevart, når modulisering er en fremtredende funksjon ved EPJ. Ved Studenttett post ble EPJs oppdelende funksjon redusert ved at andre redskap nærmest fungerte omvendt. I kapittel 5.1 viste jeg hvordan tverrfaglige fora, Sunnaas ADL Index og Planskjema, hadde en samlende funksjon i virksomheten og bidro til tverrprofesjonell praksis. Postens og studentenes praksis ble utviklet gjennom deltakelse i samhandling ansikt til ansikt.

I dette kapittel har vi sett hvordan EPJ ved Lien kjedet sammen profesjonenes og studentenes praksis. Profesjonene skrev for hverandre og gjorde EPJ til et mer sammenbindende enn modulariserende redskap. Praksis for skriftliggjøring synliggjorde og ga deltakerne innsyn i hverandres oppgaver og kunnskaper. Dokumentasjon i EPJ kan brukes for å kontrollere hva aktørene gjør for pasienter (Bowker & Star 1999:268). Jeg fant ikke at EPJ hadde en slik kontrollfunksjon. Ved Lien var EPJ et redskap i tverrprofesjonell vurdering og utforming av pasientforløp. Det vil si at de modulariserende trekk ved EPJ forstått som grenseobjekt av typen lager, ikke understøttet skillene mellom profesjonenes kunnskapsfelt.

6.4.2 Pålitelig og flertydig materiale i elektronisk pasientjournal

Et fortrinn med EPJ er rask tilgang til dokumentasjon om utredning og utvikling av pasienters sykdom og behandlingsforløp uavhengig av personlig kontakt, fysisk lokalisering og tid på døgnet (Meld.St. 9 (2012-13) 2012). Ved begge sykehus gjorde EPJ at profesjonene kunne dele kunnskaper uansett tidspunkt og hvem som var tilstede. Dokumentasjonen var endelig og formell, og kunne ikke endres slik som muntlig formidling. Deler av EPJ, som diagnoser og

resultat fra standardiserte undersøkelser og tester, innebar standardisering, klassifisering og kategorisering av pasientens problem. Annet materiale som notater, innebar ikke tilsvarende tall og begrepsfesting, men også notatene var endelige og ble delt uavhengig av tid og rom. Flere sider ved innholdet i EPJ kan vi forstå i lys av dimensjonen *Skjema og kategorier ved grenseobjekt* (Star & Griesemer 1989). Et trekk ved slike standardiserende og kategoriserende grenseobjekt er at de består uavhengig av tid, rom og person (ibid.).

Innholdet i EPJ bidro til postens og deltakernes sikkerhet for pasientforløpene. Liens vektlegging av skriftlig fremfor muntlig tingliggjøring, gjorde EPJ til det sentrale redskap i profesjonenes kommunikasjon og koordinering. Her stolte de på og brukte hverandres skriftliggjøring. Dimensjonen *Skjema og kategorier ved grenseobjekt* (Star & Griesemer 1989; Star 1989b) har flere egenskaper som vises i hvordan materialet i EPJ fungerte i Liens praksis. Slike grenseobjekt bidrar til økt sikkerhet i vurdering av problem og tiltak. Ved Lien ble dokumentasjon oppfattet som sikker, presis, pålitelig og hadde høy legitimitet. Dette viser seg i deltakernes innordning når innholdet i EPJ ble lagt til grunn (kap.5.2).

Bruken av korte og presise formuleringer og fagterminologi bidro til å sikre at innholdet ikke ble endret underveis. Samtidig kunne profesjonsspesifikt materiale være utfordrende å tolke som ved Studenttett post. Grenseobjekt er i seg selv ikke alltid tilstrekkelig meningsfylte og tolkninger kan skape misforståelser (Wenger 1998:110-112/2004:132-133). En virkning var at de stolte mer på andres muntlige formidling enn på egen tolkning av andres skriftliggjøring ved Studenttett post. Studentene prioriterte å bruke profesjonens dokumentasjon. Et poeng er at de i sitt notat inkluderte materiale fra flere kilder og andre profesjoners muntlige bidrag. Denne dokumentasjonspraksis gjorde at EPJ bidro til sikkerhet og koordinering i pasientarbeidet. Muntlig tingliggjøring hadde forrang i samhandlingen og i sammenkjedning av oppgaver og kunnskaper mellom profesjonene. Med andre ord ble potensialet EPJ har som grenseobjekt i kommunikasjon og meningsdannelse over profesjonsgrensene, kun delvis utnyttet ved Studenttett post. Medvirkende er at profesjonsvise formuleringer, skjema og resultat i EPJ ikke uten videre lot seg overføre til andres praksis. Det var også lite rom for å dokumentere mer menneskelige sider ved pasientens situasjon. Denne form for kunnskaper passer ikke til dimensjonene ved grenseobjekt - Skjema og kategorier. I EPJ ble slike aspekter og mulig usikkerhet gjerne utelatt. EPJ utfylte deres muntlige tingliggjøring. Dette styrket bruken av direkte samhandling for å knytte sammen oppgaver og kunnskaper over

profesjonsgrensene. I følge Wenger (1998/2004) omfatter deltakerforbindelser både å fortolke, koordinere og innordne perspektiv. Deltakerforbindelser kan sikre både utveksling av viten, koordinere virksomhet og forbinde praksis. Praksis ved Studenttett post eksemplifiserer dette. Her kjente deltakerne hverandre, hvem visste hva og hvilket materiale som var vanskelig å formidle og forstå. Postens tverrprofesjonelle praksis innebar felles ansvar for å dele kunnskaper og hjelpe andre med å forstå materialet om felles pasienter. Dette reduserte betydningen av EPJ som grenseobjekt. Her var det deltakelse i samhandling og postens praksis som bidro til meningsdannelse og sammenkjedning av profesjonenes bidrag.

6.4.3 Elektronisk pasientjournal som felles referanse for profesjonene

Samlet sett dokumenterte EPJ postens virksomhet, og reflekterte profesjonenes ulike måter å kartlegge, løse og vurdere problem. I pasientarbeidet avgjorde profesjonen selv hvordan de undersøkte, planla, utførte og evaluerte tiltak. De utformet delmål for sin aktivitet innen felles interessefelt for pasienten. EPJ kan vi se som felles referanseramme for profesjonenes og deltakernes bidrag og selvstendige pasientarbeid. Grenseobjekt som *Område med felles grenser* (Star og Griesemer 1989: Star 1989b) har her vært en analytisk innfallsvinkel. Slike grenseobjekt former felles referanseramme der samarbeidspartene legger inn forskjellig innhold. Denne dimensjonen ved grenseobjekt gjør at aktører kan fremskaffe data på ulike måter, og at de kan arbeide selvstendig mot ulike delmål (ibid.).

Pasientens journalnotat er et viktig redskap når profesjonelle utformer pasientforløp og handlingsgrunnlag (Berg 1997, 1999b). Berg og Bowker (1997) skriver at legers notater har en aktiv rolle i hvordan pasienten blir skapt og koordinerer legers arbeid. Alle profesjonene hadde slik mulighet i sine journalnotat. I EPJ bidro profesjonene med ulike typer kunnskaper for å utvikle felles interessefelt for pasienten. Felles interessefelt var felles referanseramme for deltakernes praksis gjennom døgnet og for pasientforløpet. Ikke minst var dette synlig ved Lien, der EPJ var limet i den tverrprofesjonelle virksomhet og praksis. I kapittel 5.2 så vi at Funksjonsskjema og Tverrfaglig møte var redskap som støttet profesjonenes funksjonsdeling. Disse redskap hadde en modulerende funksjon, mens EPJ forbandt profesjonenes autonome praksis. Liens dokumentasjonspraksis gjorde at EPJ reduserte behovet for personlig og direkte kontakt over profesjonsgrensene. Der var det grenseobjekt fremfor deltakerforbindelser som skapte Liens praksis og forbandt profesjonenes bidrag i hverdagen. Hvilken dokumentasjon som ble oppsøkt og fikk betydning for praksis samspilte med andre redskap ved Lien. Et

eksempel var utdefinering av medisinske forhold fra Tverrfaglig møte og Funksjonsskjema. Dette gjorde at ergo- og fysioterapeutstudentene i liten grad satte seg inn i hva kliniske medisinske kunnskaper betød for deres vurdering og pasientoppgaver. Det vil si at deres referanseramme var felles interessefelt knyttet til pasientens rehabilitering. Leger og sykepleiere kunne bruke felles interessefelt knyttet til pasientens medisinske forhold. Det vil si at EPJ ikke helt fungerte som en overordnet referanseramme for de to felles interessefelt. Denne todelingen av interessefelt ble som vi har sett, også støttet av andre felles redskap.

Studentene ved Lien kunne bli klar over at profesjonene registrerte samme fenomen fra ulike synsvinkler via EPJ. De kunne også oppdage at andre profesjoner kunne bruke noe av deres kunnskaper om pasienten. Og de utforsket hvordan de kunne formidle dette i notat i EPJ. Et eksempel var Jorid-Fs som tenkte ut formuleringer mens hun trente pasienter. Eller Aina-Es som beskrev hvordan sykepleiere kunne observere kognitiv svikt. Tilgang til andres materiale gjorde EPJ til en ressurs for å samle data og for å bruke andres bidrag i egen praksis. EPJ forbandt profesjonenes praksis ved å åpne for innsikt i andres arbeid og kunnskapsfelt.

Ved Studenttett post ble felles interessefelt utviklet i tverrfaglige fora (kap.5.1). Her bidro deltakerforbindelsene til å skape felles referanseramme og sikkerhet i pasientarbeidet. For studentene fungerte EPJ som et felles område med ulikt innhold. Her ble det vektlagt å bruke profesjonens dokumentasjonsmåte, noe som bidro til å tydeliggjøre profesjonens praksis for studentene. I stor grad brukte de formuleringer, kartleggingsverktøy og kategorier som passet til profesjonens kunnskapsbase. Brukt på denne måte kan EPJ også være redskap i det Abbott (1988:59) omtaler som profesjoners kulturelle arbeid for å bevare jurisdiksjon. Profesjonens dokumentasjon i EPJ bidro til å forbinde studentens praksis med profesjonens kunnskapsfelt. EPJ tjente som en felles samling av profesjonsspesifikt innhold for studentene. Derfor delte EPJ mer opp enn forbandt oppgaver og kunnskaper over profesjonsgrensene. Ved Studenttett post understøttet EPJ profesjonens autonome praksis og veilederens kontroll med studentens kunnskapsutvikling.

6.4.4 Tilpassing av elektronisk pasientjournal til profesjonenes praksis

Praksis for skriftliggjøring ved Lien gjorde at notat i EPJ kunne tilpasses flere profesjoners oppgaver og perspektiv. En parallell er Referatet ved Lien (kap.5.2.4), der de knappe formuleringene gjorde det mulig å tolke og tilpasse tiltakene til den enkeltes praksis.

Tilsynelatende kunne andres materiale i EPJ være med å styrke deltakernes vurderinger. De tilrettela for at innholdet EPJ kunne bli en del av andre profesjoners handlingsgrunnlag ved å tolke profesjonens standardiserte materiale i sine notater. Formuleringene var korte og presise og kunne underkommunisere mulig usikkerhet og uklarhet. Dette gjorde at leserne ikke alltid satte seg inn i bakenforliggende materiale som var på et annet abstraksjonsnivå. For eksempel ble ergoterapeutenes notat regnet som lette å forstå, uansett profesjon. Samtidig kunne faglige sider bli utydelige og utviske nyanser og forskjeller i leserens og forfatterens forståelse. Dette kan medvirke til at sykepleierne ikke utførte PADL slik intensjonen i notatet var. Forstått i lys av *idealtipe* som dimensjon ved grenseobjekt (Star & Griesemer 1989; Star 1989b) bidro notatene til kommunikasjon og økt sikkerhet i pasientarbeidet. Materialet varierte i abstraksjonsnivå og detaljeringsgrad, hvilket åpnet for å tolke og tilpasse innholdet til aktørenes praksis. Også dette er et rekk ved idealtypen av grenseobjekt (ibid.).

Engesmo og Tjora (2006) peker på at muligheten for innsyn kan påvirke hva forfatteren fører i journalen. Ved postene valgte de ut hva de tok med i notatet, og hvordan de formulerte seg. De kunne velge materiale og formuleringer som fremstod som sikre og presise. Ved Lien gjorde denne praksis for at de stolte på EPJ. Dette åpnet for at aktørene via EPJ påvirket hva som var relevant kunnskap i utvikling av felles interessefelt. Når fremstillingen i EPJ fremstod som sikker kunnskap og profesjonens materiale ikke hadde et høyt abstraksjonsnivå, fungerte EPJ som en type idealgrenseobjekt og bidro til lesernes sikkerhet i pasientarbeidet. Utfordringen for forfatteren var å få frem mulige usikkerheter at flere tolkninger var mulige, men for leseren var utfordringen å oppdage dette. Ved Studenttett post preget profesjonens praksis for dokumentasjon i EPJ, og gjorde at innholdet var utfordrende å omforme til studentenes praksis. Det vil si at her fungerte EPJ i mindre grad i kommunikasjon over profesjonsgrensene og til å redusere usikkerhet i pasientarbeidet. Men for veilederne ble EPJ en mulighet til å følge og kontrollere studentenes pasientarbeid.

6.4.5 Elektronisk pasientjournal som symbol og modell for praksis og tilhørighet

Forestilling om å delta i virksomheten er med på å skape tilhørighet til fellesskap (Wenger 1998:173-/2004: 200-). I kapitlet har jeg vist hvordan bruken av EPJ støttet forestillingen om å være med til fellesskap; posten og profesjonen. EPJ dannet forbindelser innen profesjonen og over profesjonsgrensene. Deltakerne skrev slik at deres notat kunne gi mening i andres praksis, enten for profesjonen som ved Studenttett post, eller over profesjonsgrensene som

ved Lien. Språket viste om forfatteren tilhørte profesjonens eller postens praksisfelleskap. For deltakerne var EPJ også et symbol for deres kommunikasjon, samarbeid og tilhørighet.

Ved Lien var *Linken* kallenavnet for elektronisk pasientjournal og ble brukt som metafor for profesjonenes samarbeid. EPJ inngikk i profesjonenes samhandling, og *Linken* var både redskap og symbol for Liens tverrprofesjonelle praksis. EPJ bidro til å koordinere og forbinde profesjonenes arbeid og skape felles interessefelt. Bruken av EPJ erstattet i stor grad felles meningsdannelse, og aktørene tilpasset språk og abstraksjonsnivå for hverandre. EPJ speilet profesjonenes oppgaver, kunnskapsfelt og praksis. I måten som aktørene skrev og leste i EPJ, kom deres gjensidige ansvarlighet for felles virksomhet frem. Bruk av andres bidrag i EPJ betød anerkjennelse av forfatterens kompetanse. Ansatte tok for gitt at innholdet i EPJ var meningsfylt. EPJ speiler Liens modell for samhandling og praksis, og tydeliggjør den idealtypiske dimensjonen ved grenseobjekt (Star & Griesemer 1989; Star 1989b). *Link* bidro til å skape, opprettholde og delta i tverrprofesjonell praksis, og symboliserte denne praksis.

Studentene ved Lien erfarte bruk av EPJ som en naturlig samarbeidsmåte for profesjonene. EPJ var en hjelp for å forstå Liens virksomhet og praksis. Studentenes observatørposisjon i Tverrfaglig møte (kap.5.2.7) gjorde at de ikke anså dette fora som symbol eller modell for tverrprofesjonell praksis. Det var via EPJ at de kjedet sammen profesjonenes bidrag og egne oppgaver. Bruk av EPJ bidro til deres opplevelse av å tilhøre posten selv om de knapt kjente ansatte og studenter i andre profesjoner. Ved Studenttett post var EPJ med på å synliggjøre forskjeller i profesjonenes praksis. Her var profesjonens område i EPJ symbol på tilhørighet. Bruk av EPJ som symbol på å tilhøre profesjonen var tydelig i legestudentenes deltakelse. Pasientjournalen er vevet inn i legers arbeid (Berg 1997; Måseide 2008). Lite tilgang til EPJ reduserte studentenes mulighet til å være deltaker og tilhøre posten. EPJ åpnet/avgrenset for å delta i postens og profesjonens praksis. Jo mer sentral EPJ var for å forbinde postens eller profesjonens praksis, jo tydeligere symbol var EPJ for studenters tilhørighet. Ved Ringen var EPJ symbol for profesjonstilhørighet, mens ved Lien var EPJ også symbol for å tilhøre posten.

Profesjonens område i EPJ synliggjorde profesjonens oppgaver og kunnskapsfelt. I lys av Gieryn (1983, 1999) kan profesjonenes område i EPJ symbolisere epistemiske rom og markere ulikhet. EPJ er en måte å synliggjøre profesjonens arbeid og ansvar. En slik bruk av

EPJ kan styrke en profesjons posisjon (Berg & Bowker 1997; Bowker & Star 1999:270). Forstått i lys av *idealtipe* som dimensjon ved grenseobjekt, kan EPJ bli symbol på profesjonens betydning og status. Jeg tolker ikke bruken av EPJ ved postene som ledd i grensearbeid. Ved Studenttett post var praksis kjennetegnet av å åpne og ikke avgrense for andres tilgang til profesjonenes kunnskapsfelt. Her supplerte skriftlig materiale deltakernes direkte samhandling. EPJ skapte ikke en tilsvarende forestilling om deltakelse i postens virksomhet som ved Lien. Derfor var ikke EPJ et like tydelig symbol for tverrprofesjonell praksis som ved Lien. Et unntak var legene. De møtte pasientene svært kort og var avhengige av EPJ for å følge pasienters tilstand og behandling. For legene var EPJ en måte å samhandle med kollegaer og andre profesjoner, tilsvarende den EPJ hadde for alle profesjonene ved Lien. Legestudentenes begrensede tilgang til EPJ markerte at de ikke tilhørte posten eller profesjonen, i tillegg til at de ble hemmet i å delta i pasientarbeidet.

EPJ åpner for innsikt i andres aktivitet og handlingsgrunnlag, og gir også en mulighet til å synliggjøre hva en selv gjør og kan (Timmermanns, Bowker & Star 1998). For studentene var EPJ symbol på at de og ansatte var likeverdige deltakere i virksomheten, og at de tilhørte profesjonen. Bruk av EPJ krevet mindre trygghet enn å delta i tverrfaglige fora. Det var ikke overraskende at studentene vektla å kunne bruke EPJ. De lærte å skriftliggjøre sin kartlegging og vurdering av pasientene i tråd med profesjonens og postens praksis. Studentene erfarte at de var deltakere når de brukte EPJ, selv om veilederen leste, foreslo forbedringer og godkjente det som studentene skrev. Bruk av elektroniske journalsystem kan være et kraftig redskap for å likestille betydningen av profesjonenes kunnskaper (Berg & Bowker 1997). Personlige egenskaper og relasjoner betyr også mindre for å kunne lese og skrive i EPJ. Forhold som utseende, sjenanse og muntlig formidlingsevne ble uvesentlig for å kunne bruke EPJ. Når studentene samhandlet via EPJ, erfarte de å bli mer sidestilt med personalet. Ved Lien var samhandlingen i *Linken* nærmest det eneste sted der studentene fikk en slik posisjon. Liens tverrprofesjonelle praksis var kjennetegnet av skriftliggjøring og bruk av grenseobjekt, men ved Studenttett post var praksis preget av muntlig tingliggjøring og deltakerforbindelser. Forstått som grenseobjekt, knyttet derfor elektronisk pasientjournal sammen deltakerne og deres aktivitet, kunnskaper og praksis over profesjongrensene på litt ulike måter.

7.0 Bruke og utvikle kunnskaper i tverrprofesjonell praksis

Forgående kapitler har fått frem profesjonenes samhandling ansikt til ansikt og ved å bruke elektronisk pasientjournal. Samhandlingen var del av og skapte tverrprofesjonell praksis. Her er søkelyset på hvordan postens praksis bidro i studentenes læring og i utvikling av kunnskap over profesjongrensene. For å belyse studentenes læring ble det nødvendig å få frem postens kompetanseområder og kompetansesystem i analysene. Wenger (1998:137-138/2004:162-163, 2007:69) forstår læring som samspill mellom personlig erfaring og sosialt definert kompetanse. Det betyr at deltakernes erfaring og utvikling av postens kompetanse påvirker hverandre. I analysene ga benevnelsen felles kompetanseområde innblikk i postens utvikling av og forhandling om kompetanse. Kompetanseområdene får frem lokale læringsmuligheter. Her er dette postens tverrprofesjonelle praksis som studentene deltok i. Deltakeres posisjoner og innflytelse i praksis er styrt av hva som er kompetanse i fellesskapet (Wenger 1998:160-/2004:177, 2000). Kompetansesystemet blir til i meningsforhandling om hva kompetanse er, og hvem som er kompetente deltakere i fellesskapet (Wenger 1998:137/2004:161). Postens kompetansesystem gir føringer for hva studenter må kunne for å være kompetente deltakere.

Jeg bruker begrepet deltakerbaner i analysene av studentenes læring. Deltakerbaner blir til som en del av en praksis (Lave 1999:50). Wenger (1998:154/2004:177) bruker deltakerbaner om utviklingen for å bli kompetente deltakere. I denne sammenheng vil det si studentenes læring ved postene for å bli profesjonelle. Læring er da forstått som deltakerbaner. Det har vært fruktbart å bruke ulike former for deltakerbaner for å vise hvordan lokal praksis og felleskap tilrettela for deltakelse og læring. I avsnitt 2.4.1 har jeg redegjort for ulike former for deltakerbaner hos Wenger (1998:153- 63/2004:179-90). Innsiderbaner, inngående baner og utgående baner viser til utvikling henholdsvis som medlem i fellesskapet og i retning inn eller ut av fellesskapet. Perifere deltakerbaner gir tilgang uten fullverdig deltakelse i fellesskap. Paradigmatiske baner gjør at nyankomne kan forbinde forestillinger om fellesskapets fortid og eget fremtidig medlemskap med å delta i dagens praksis. Deltakerbaner viser studenters læring og mulighet til å endre posisjon (Lave & Wenger 1991/2003:37; *ibid.*).

Kapitlet har fire hoveddeler: felles kompetanseområder, kompetansesystem, studentenes læring og oppsummering. I de tre første hoveddelene omtaler jeg først Studenttett post og Ringen, og deretter Lien. I siste del samler jeg trådene og knytter studentenes deltakelse og læring til de lokale kompetansesystem og tverrprofesjonelle kompetanseområder.

7.1 Tverrprofesjonelle kompetanseområder

I praksisstudiene møter studenter både sin og andre profesjoners praksis og kunnskapsfelt. Her ser jeg nærmere på postenes praksis og kompetanse som var utviklet i grenseflatene mellom profesjonene, og som studentene møtte. En side ved lokal kompetanse var knyttet til pasientforløp. Et annen side var relatert til studenters læring. Vi kan se dette som to praksiser. En praksis gjaldt ivaretagelse av pasienter der profesjonene formet pasientforløp. Den andre praksis handlet om studenters læring. Ved Studenttett post var studenters deltakelse og læring del av postens tverrprofesjonelle kompetanseområder og praksis.

7.1.1 Kompetanseområder ved Studenttett post

Praksis ved Studenttett post var kjennetegnet av felles ansvarlighet for studentenes læring. Et sentralt kompetanseområde ved posten var det å skape et godt læringsmiljø. Pasientene ble ivaretatt av studentene, og ved at flere profesjoner var involvert i utredning og behandling. Studentene engasjerte seg i pasientarbeidet og i hverandres læring over profesjonsgrensene. Forskjellen fra andre praksissteder var tydelig i forståelsen av postens praksis og fellesskap.

Ved Studenttett post bestod virksomheten av to hoveddeler: pasienters utredning/behandling og studenters læring. Sykepleier-, ergo- og fysioterapeutstudentene overtok profesjonens oppgaver i pasientarbeidet. Dette gjaldt ikke legestudentene som undersøkte få og utvalgte pasienter. Personalet ivaretok pasientene indirekte gjennom studentenes aktivitet. Dette gjorde at ansatte var opptatt av studentenes deltakelse, og at de regnet studenter som *en del av personalet*. Et utsnitt fra veiledersamtalen viser personalets omtale av postens praksis:

Lise-S Alle andre steder kommer studentene i tillegg til alt annet.

Fra alle rundt bordet får Lise støtte i form av nikkning, ja og mmm.

Nina-E Her er det vi skal gjøre å arbeide med studentene. Ja, pasientene gjennom dette, da. Jeg har hatt samme veiledningsform før også. Liv-E og jeg har tatt den med videre.

Lise-S Vi har et felles miljø, felles virksomhet, og vi har vist at dette fungerer veldig bra.

Rundt bordet blir det igjen sagt ja, mmm og nikk.

Nina-E Jobben vår har vært å drive med studenter, selvfølgelig så er pasienten integrert.

Tone-F På andre poster må en holdningsendring til. Noe mer enn at: nå skal vi forholde oss til studentene. Studentene må bli en del av virksomheten. Andre steder må endre innstilling til det å ha studenter, vise vennlighet og være inkluderende. De er en del av de som jobber, ikke noe som en er pålagt å ha. Handler om innstillingen.

Rundt bordet blir det på ny vist støtte

Ida-F Studenter er en ressurs, de kan ta ansvar. De kan mye fra skolen, kan mye, har med siste teori

Lise-S Lærer mye selv av å ha studenter

Inger-Sosi De får litt mer reel, blir mer reality i måten de forholder seg til oppgavene på. Det blir noe helt annet når du selv skal være sykepleier eller sosionom, du har ansvaret, selv om du har veileder i ryggen. Så det blir noe helt annet enn mer tradisjonelle praksisperioder

Lise-S Ja. Ja.

Veilederne var enige om at Studenttett post skilte seg fra andre praksissteder i måten som studenter uansett profesjon ble inkludert og verdsatt. Personalet erfarte at de sammen var ansvarlige for og skapte et trygt og aksepterende læringsmiljø. Profesjonens ansvar for pasientforløp ble ivaretatt via studentenes engasjement i pasientarbeid og veiledernes oppfølging av studentene. Personalets erfaringer knyttet til veiledning og studentenes læring ble vektlagt i utvikling av postens praksis. Gjennomgående ble postens praksis og kompetanse definert ved å fremheve forskjeller mellom Studenttett post og andre praksissteder. Dette fikk også frem personalets tilhørighet og tverrprofesjonelle fellesskap.

Postens praksis innebar en bred kartlegging av pasientenes problem fra alle profesjoner og en felles vurdering i tverrfaglige fora, som vist i kapittel 5.1. Veilederne sammenlignet sin virksomhet og praksis med andre poster, slik dette utsnittet fra veiledersamtalen illustrerer:

Nina-E Hvis vi skal gi studentene lov til å bruke litt ekstra tid. Og om det betyr to ekstra liggedøgn for en pasient, så har det vært greit, fordi studentene skal gjøre ting og ikke veilederne, ikke fast personale. Og det blir mer tungrodd, men det har vært noe av det vi ville med posten fra starten av. Både det og tverrfaglig samarbeid kan kanskje gjøre ting mer tungrodd i noen situasjoner i forhold til en vanlig medisinsk post. Og det har vært poenget i bunden at det skulle kunne læres. Ja, det er mye fordeler med det. Men for de som kommer inn som vikar avdelingssykepleier, og synes at alt går for sakte, så de ser ikke det [fordeler]. Det er i alle fall min erfaring. I hvert fall en periode da vi hadde veldig utskiftning [av avdelingsleder]. Og du blir helt sliten, vet du. For det er ingenting som blir tatt alvor av det som er gjort før.

Tone-F Jeg synes egentlig at studentene fortalte det veldig godt i stad. I forhold til de som nå har vært på naboposten siste uken. De sier selv at der føler de ikke at pasienten er blitt ordentlig kartlagt. Og legen har bestemt å sende hjem en som vi egentlig mener burde vært på korttidsopphold. Og se nå kommer den pasienten tilbake. Ikke sant. Og det tenker jeg er litt av den ulempen at du ikke tar deg tid til den tverrfaglige kartleggingen. Så sender du for dårlige pasienter hjem, også får du dem tilbake til avdelingen en uke senere. Det har også studentene sett. Ja. Den [tverrfaglig kartlegging] tar kanskje litt mer tid. Og de [pasientene] er kanskje der ett døgn eller to lengre. Men så kan det være at de ikke kommer inn på sykehuset igjen etter en uke. At de får et bedre tilpasset opplegg videre. Så hvor mye penger sparer en da på det, det kan kanskje diskuteres litt

Under begge disse innlegg ble det vist støtte i form av ja og nikkning rundt bordet. Deltakerne var tydelig enige om at posten hadde kompetanse i tverrprofesjonell vurdering og oppfølging av pasientenes problem. I kapitlene foran har jeg vist hvordan pasientforløp ble formet ved å kjede sammen både aktiviteter og kunnskaper fra flere profesjoner. Hvordan posten skilte seg fra andre steder kom til syne når nye aktører ble konfrontert med postens praksis, som da en ny avdelingssykepleier kom. Vi kan si at personalet forventet at nyankomne fulgte hva Wenger (1998:154/2004:179) beskriver som *inngående deltakerbaner* i lokal praksis. For veilederne ga postens praksis mening for å kunne ivareta pasienters behandling og studenters læring. Det å være med å utvikle felles praksis ble anerkjent som kompetanse av veilederne.

Wadel (2008) peker på at i praksisfellesskap kan det være underforstått hva som er vektlagt i enighetsarbeid. Dette gjør det vanskelig å vite hva som har betydning i felles praksis. I eksemplet over kom det frem at fokus på gjennomstrømming av pasienter brøt med postens tverrprofesjonelle praksis. Nettopp slike brudd med praksis som kom frem i sekvensene over, viser hva som ble tillagt verdi. Ved å vise til Rolf (1991:120-6) kan vi si at aktørene utviklet felles kriterier for god kartlegging og oppfølging av pasienters problem. De utformet grunnlaget for problemfastsetting og -løsning ved å bruke og forbinde profesjonenes bidrag. Vi kan forstå dette som fellesskapets kompetanse eller en type grensepraksis (Wenger 1998 :114/2004:137). I denne grensepraksis inngikk å tilrettelegge for at studentene ble deltakere i postens praksis. Med andre ord reflekterer illustrasjonene over to kompetanseområder: tverrprofesjonalitet i pasientforløp og tverrprofesjonalitet i studentenes praksisstudier.

Postens todelte virksomhet viste seg også i postens målformuleringer. Et mål var å utvikle tverrfaglig samarbeid i kartlegging og oppfølging for å skape gode pasientforløp. Et annet mål var at studentenes erfaring fra profesjonens arbeid og fra tverrfaglig samarbeid skulle bidra til gode læringsresultat. For personalet var et utviklingsområde knyttet til studenters læring og deltakelse i postens virksomhet og praksis. Det var laget et informasjonshefte om Studenttett post til studentene. I tillegg fikk pasientene en folder som beskrev hvordan studenter deltok i utredning og behandling. I heftet var postens målsetninger, samt profesjonenes oppgaver og organisering omtalt. Videre var postens daglige rytme, møter og dokumentasjonsform beskrevet. Informasjonsheftet var først utformet i en gruppe der alle profesjonene deltok, og ble siden fortløpende justert etter utprøving og diskusjon. Alle profesjonene hadde bidratt i utvikling av postens praksis for at denne kunne være en ressurs i studentenes læring.

Heftet forstår jeg som skriftlig tingliggjøring (Wenger 1998:57-/2004:72-) av postens to kompetanseområder. Utgangspunktet for tingliggjøringen var hva studentene i den enkelte profesjon kunne og hva de skulle lære. Et annet utgangspunkt var postens pasientrettede arbeid og muligheter for endring. Personalet som var med å utarbeide heftene, fikk innsikt i hverandres profesjonsutdanninger og praksisstudier. I utviklingsarbeidet og daglig praksis ble personalet kjent med hverandres kunnskaper både i veiledning og pasientarbeid. Nyansatte lærte også å ta andres perspektiv og dele kunnskaper. Personalet fulgte *innsider deltakerbaner* (Wenger 1998:154/2004:179) i videreutvikling av postens tverrprofesjonelle praksis. Slik beskrev eksempelvis fysioterapeutveilederen sin læring ved å være med posten:

Jeg som ikke har jobbet så mye på sykehus, jeg kommer bort i andre problemstillinger her. Så jeg synes at jeg har lært mye både fra leger og sykepleiere og medisinske ting. Og fått mer innblikk i deres hverdag. Jeg har ikke vært mye med ergoterapeuter før, så jeg har lært veldig mye om hva ergoterapeuter driver med. Så det har virkelig gått opp et lys for meg, og det er jo bra.

Personalet virket trygge på hverandre, og de synliggjorde hva de kunne/ikke kunne og var direkte overfor hverandre i en god tone. Gjennomgående delte både studentene og ansatte gjerne konkrete ferdigheter og teoretiske kunnskaper med hverandre både i og utenfor faste møtefora (kap.5.1). Også i kapittel 6.3. så vi at aktørene oppsøkte hverandre både for å få og gi bistand. Konkrete hendelser både synliggjorde og ble brukt til å få frem hva profesjonenes aktivitet og kunnskaper innebar i postens praksis. Praksis var preget av deltakernes gjensidig engasjement i felles meningsdannelse. De hjalp hverandre til å vurdere og forstå pasientenes situasjon. Dette videreførte personalet når de tilrettela for studenters deltakelse.

Posten hadde utviklet et tverrprofesjonelt kompetanseområde knyttet til studenters læring og deltakelse i virksomheten. For personalet gjaldt det å skape gode rammer for studenters læring og samtidig ivareta pasienter. Informasjonsheftet speilet dette i omtalen av hvordan studenter var organisert og knyttet til aktiviteter og ressurser. Bruken av felles redskap som møtefora, Sunnaas ADL Index og Planskjema, var resultat av personalets erfaringer ved posten. Likevel var det utfordrende for veilederne å støtte studenters selvstendighet og samtidig kvalitetssikre pasientarbeidet. I veiledersamtalen beskrev Tone-F sin erfaring slik:

Jeg synes nettopp det at studentene jobber såpass selvstendig, er litt skremmende. Tørr jeg slippe den studenten løs på den pasienten. Du klarer ikke å ha full oversikt over all ting til enhver tid. Så det er noen ganger du går rundt og lurer på om det går bra. Og du kan ikke være med på alt samtidig. Så skulle du skulle gjerne vært en flue på veggen på alle behandlinger samtidig. Men det går jo ikke. Så det synes jeg er utfordringen ved å ha studenter på en post hvor de er så selvstendige. Du føler på en måte at du har, at det er ganske mye ansvar. Og noen studenter føler du takler alt helt greit, og andre er du litt mer redd for. Og da kan det også være litt skummelt for veilederne.

Sitatet får frem hvor krevende det var for veilederne at studenter nærmest gikk inn i en yrkesrolle. Ikke minst gjaldt dette relativt nye veiledere. Personalets doble ansvar bidro til at veiledning var et utviklingsfelt ved Studenttett post. De som hadde vært der lenge, pekte på veiledernes støtte og tillit til hverandre. I veiledersamtalen skisserte Ida-F deres praksis slik:

Også dette med at man er flere veiledere. At man støtter hverandre i spesielle problemstillinger vi har som veiledere. Og vi kjenner til det, ikke sant, for alle grupper har det mer eller mindre på samme måte i visse situasjoner. Vi kan få litt støtte av hverandre i de situasjoner også. Vi vet at hvis ikke allting klaffer, så er det ikke alltid veileder som får skylden. Men at det er situasjoner som vi kan takle på en profesjonell måte. Det har jeg sett en del, en stor utvikling i de årene som posten har eksistert. Og det er klart at den tryggheten den smitter over på studentene.

Den enkelte veileders ansvar ble lettere ved at ansatte fra flere profesjoner engasjerte seg i studentenes læring. Sammen legitimerte veilederne studentenes deltakelse i postens virksomhet og praksis. Gjensidig ansvarlighet og anerkjennelse (Wenger 1998/2004) av hverandre som veiledere og uavhengig av profesjon, preget praksis. I 5.1.7 er et eksempel der sykepleieren lot ergoterapeuten veilede Metts-Ss i Tverrfaglig møte. I hverdagen viste dette seg også ved at studentene gjerne henvendte seg til ansatte i andre profesjoner. Med andre ord var det mulig både for personalet og studentene å spørre og bidra i hverandres læring. Dette åpnet for å forstå hva andre profesjoners handling og perspektiv innebar for pasientforløpet.

Veiledning og læring var et tverrprofesjonelt utviklingsområde. Veilederne støttet hverandre og styrte hva studenters deltakelse omfattet. Nye veiledere kunne følge *inngående deltakerbaner* (Wenger 1998:154/2004:179) i veiledernes tverrprofesjonelle praksisfelleskap. Praksis speiler postens tverrprofesjonelle kompetanse og illustreres her med et sitat fra Nina-E og Kirsti-S fra veiledersamtalen:

Jeg tror at veldig mange studenter har trodd at de var mer selvstendige enn de har vært. I hvert fall etter hvert som vi ble litt mer drevne i å veilede på denne type post. Så vi styrer dem til en viss grad uten at de kanskje helt skjønner det selv. Men jeg tror ikke det gjør noe. Men det er litt morsomt, da.

En annen ting som jeg synes kjennetegner posten, og som studentene sier tydelig fra om er at her er personalet så positive til å ha studenter. For det møter de ikke alle andre plasser. Og det at de på en måte er hovedfokuset. De kommer inn og blir møtt så bra. Nå har vi etter hvert fått en god rutine på å ta imot dem. Så de opplever at personalet er rutinert og tar studentene på alvor. Og det gjør at de vokser og lærer masse. Og at det er trygt.

Posten tverrprofesjonelle praksis var preget av kompetanse og engasjement i å tilrettelegge for inngående deltakerbaner for studentene. Dette handlet om å finne måter å la studenter ta over profesjonens funksjoner uten at veilederne ble utrygge. I kapittel 5.1 så vi at studentene førte ordet i stedet for de profesjonelle, eller som Lise-S sa: *Gradvis må veileder holde munn og la studenten overta, selv om de vet at det er noe å fortelle.* For ansatte var det krevende å innta en tilbaketrukket rolle når studenten var taus, og de selv kunne bidra med kunnskaper om problem og tiltak. Anders-Lo uttrykte eksempelvis dette i et tverrfaglig personalmøte:

Jeg liker at det er studenter ved posten, liker å undervise og bli spurt. Bra med deres ansvar for pasienter, bra når noen har informasjon og kan diskutere, spørre. Studentene har ansvar. Det er også personavhengig, er ikke alle studenter som våger si noe

Legene brukte tverrfaglige fora og sporadiske møter til få frem hva medisinske forhold betød i pasientforløpene. Personalet, uansett profesjon, stimulerte studentenes deltakelse ved å gi dem rett og mulighet til å overta profesjonens oppgaver. Veilederne oppfordret dem til å ta ansvar i

møtefora og oppsøke de andre profesjonene. I tillegg til å forberede studentene før møtet, brukte veilederne strategier som å utebli eller ikke å sitte ved mødebordet. De var bevisst på bordplasseringen, og som Tone-F kalte *en tullete ting*. Så veilederne kom ofte sent og satt nederst ved bordet (kap.5.1.1). Bare en av overlegene pleide å sitte øverst ved bordenden. Personalet visste at både bordplassering og begrepsbruk kunne endre studenters aktivitetsnivå. For å gjøre studentene selvstendige avtalte veilederne med dem at de skulle være aktive. I tillegg brukte veilederne sin adferd. Det var hyppig kontakt mellom profesjonene for å dele viten og diskutere. Sammen skapte ansatte forutsigbare og trivelige rammer for studenters deltakelse. Billett (2001) fremhever hvor viktig det er at arbeidssted tilrettelegger og støtter studenters deltakelse. Ved å utvikle gjensidige ansvarlige relasjoner (Wenger 1998/2004) i personalet og i studentgruppene, sørget veilederne for å ivareta pasientene. Veilederne er å forstå som et praksisfellesskap, og studentene dannet tverrprofesjonelle praksisfellesskap. Deres deltakerbaner kan knyttes til legitim perifer deltakelse (Lave & Wenger 1991/2003). Praksis åpnet for at studentene kunne være mer fullverdige deltakere enn det de ellers var i praksisfeltet. Postens kompetanseområde bidro til trygghet for studentene, personalet og pasientene, når studenter fikk og var mer med å forme pasientforløpene enn ved tradisjonelle praksissteder. I 7.1.3 går jeg nærmere inn på studentenes deltakelse i profesjonen og posten.

7.1.2 Kompetanseområder ved Lien

Dette avsnittet løfter frem hvordan ansatte fra flere profesjoner ved Lien sammen utviklet kompetanse for å gjøre pasienter mest mulig selvstendige. Tidligere har jeg vist at Liens praksis var kjennetegnet av funksjonsdeling, innordning og forbindelser mellom profesjonene via grenseobjekt fremfor personer. Profesjonenes praksis var knyttet sammen i utvikling av felles kompetanseområder. For hvert kompetanseområde var postens praksis skriftliggjort. Liens kompetanseutvikling kommer frem gjennom eksempler fra tre områder: forflytning, kognitive funksjoner og svelge-/spiseproblem.

Et utviklingsområde var knyttet til forflytning av pasienter. Mange pasienter hadde vansker med å gå og bruke hjelpemidler på en trygg måte. Ofte var det også problemer når pasienten skulle flytte seg mellom seng/rullestol, mellom rullestol/toalett og også i sengen. Ved begge sykehus var det en tydelig utfordring for sykepleierstudentene å hjelpe pasienter som var ustøe og med redusert motorisk kontroll. For studentene var gange og forflytning til/fra rullestol med disse pasientene utrygt. Selv de med tidligere pleiererfaring (kap.3.2.3) ønsket å

få forklart og vist hvordan de kunne gå med og støtte pasienter. Sykepleierstudentene mestret gradvis slike oppgaver på trygge og mindre fysisk krevende måter, slik som Jane-Ss sa:

Kunnskap gir trygghet, jeg var usikker på hvordan jeg kunne gjøre det, gå med en så høy mann. Jeg manglet kunnskap, men jeg fikk kunnskap om hvordan jeg kunne trene pasienten og støtte pasienten. Lærte å forflytte.

Ved Lien lærte sykepleierstudentene seg forflytningsteknikker og bruk av hjelpemidler. Her mestret pleierne forflytning av pasienter. De var en ressurs for sykepleierstudentene og også for ergoterapeutstudentene når de testet PADL¹⁰⁰. Neste sitat fra Heidi-Es viser dette og at ergoterapeutstudentene følte seg utrygge når pasienter hadde nedsatt balanse og motorikk:

Det hender jeg har ringt på, hvis jeg skulle forflytte. Hvis det er en pasient jeg ikke har møtt før, og som skulle forflytte seg. Så kan pasienten si, nei, du kan kanskje være alene. Da ringer jeg på, så de [pleierne] har ofte hjulpet meg i forflytning, og hvis pasienten skal på do.

Selv om pasienten var vant med å få hjelp av bare en person, tilkalte Heidi-Es hjelp. Både hun og Jane-Ss hadde pleiererfaring fra sykehjem, men denne strakk ikke alltid til. Et tydelig trekk ved Lien var at pleierne visste hvordan de kunne hjelpe pasienter til å klare forflytning trygt og på en mest mulig selvstendig måte. Dette kom av at forflytning var et felles utviklingsfelt for sykepleierne og fysioterapeutene ved Lien.

Ved begge sykehus ble fysioterapeuten ansett som en profesjon som kunne vurdere pasienters balanse, gange og forflytning til og fra rullestol og i sengen. I tillegg til å trene slik aktivitet med pasienten, fant fysioterapeuten frem til måter og hjelpemiddel for å lette og trygge gange og forflytning. Fysioterapeutene skrev om dette i elektronisk journal. Eventuelt skrev de noen stikkord på et ark over pasientens seng. Ved Lien hadde fysioterapeutene undervist pleierne i bruk av teknikker og hjelpemiddel for forflytning og gange. Sammen hadde fysioterapeutene og pleierne laget en billedserie over forflytningsmåter og bruk av hjelpemiddel i forflytning. Disse illustrasjonene med tilhørende korte tekster var samlet i et hefte som lå på vaktrommet. Nyansatte pleiere og sykepleierstudentene slo opp i heftet av og til. Vanligvis instruerte sykepleierne nyankomne i de aktuelle alternativ for pasienten. Første dag i feltarbeidet erfarte jeg dette på kroppen, da en sykepleier instruerte meg i å støtte en pasient. Pasientens fysioterapeut kunne vise primær-sykepleieren hvordan de konkret skulle trene, hjelpe og trygge. Vanligere var det at fysioterapeuten sjekket om fysioterapeutstudenter mestret gange og forflytning for felles pasienter. Sykepleiernes daglige utfordring i pleie- og forflytningssituasjoner og fysioterapeutenes kunnskaper hadde sammen bidratt til deres felles

¹⁰⁰ PADL står for personlige aktiviteter i daglig livet. Eksempelvis å kle av/på seg, vaske, dusje og toalettbesøk

praksis og kompetanse. Dette viste seg også i felles begrepsbruk, som vist i 6.2.1, der Stine-Ss visste hva *lav forflytning* var, i motsetning til pårørende. Fysioterapeutstudentene og deres veileder fremhevet at sykepleierne kunne se når pasienter trengte å øve gange, og at de videreførte fysioterapeutens tiltak. For eksempel bemerket Line-Fs dette: *Sykepleierne gikk med pasientene på kvelden og slik. Og de med dem gikk til og fra måltider*. Kompetanse i forflytning var med å gjøre pasienten selvhjulpen og var vektlagt i Liens praksis. Denne type kunnskap videreførte sykepleierne i sin instruksjon av nyankomne og sykepleierstudenter. Andres forskning peker også på at sykepleiere ønsker å kunne følge opp fysioterapeuters mobilisering av pasienter (Dalley & Sim 2001; Kneafsey & Haigh 2009; Long et al. 2002). En annen mulig tolkning av at de instruerte nyankomne, er at sykepleiere kan ha utilstrekkelig kunnskap i forflytning. Selv om sykepleiere kan ha nytte av forflytningskunnskap i daglig arbeid, og dette kan lette deres fysiske arbeid (Hellesø & Brataas 2012; Lunde 2011).

Ved Lien var forflytning et felles kompetanseområde for sykepleiere og fysioterapeuter, mens ergoterapeutene ikke var helt inkludert. I feltarbeidet ble jeg klar over at ergoterapeutene ikke hadde vært med å utvikle Liens kompetanse i forflytning. Lederen for ergoterapeutene fortalte meg at hun hadde spurt fysioterapeutene om å undervise dem i forflytning. I løpet av mitt feltarbeid ble det arrangert praktisk trening for ergoterapeutene og deres studenter i regi av en fysioterapeut og en sykepleier. Jeg var med og hadde rollen som pasient. Ergoterapeutenes oppgaver og kunnskap om PADL gjorde at de også trengte å mestre forflytning. Heidi-Es uttrykte dette slik da vi snakket sammen: *Jeg har ytret mine bekymringer [til veileder] i forhold til det med forflytning, og det synes de er kjempeskummelt, eller jeg synes det er skummelt, rett og slett*. Elektronisk journal ga ergoterapeutene tilgang til fysioterapeutenes skriftlige vurdering av og tiltak for balanse og gangfunksjon. For å bruke dette, ønsket ergoterapeutene å lære mer om forflytning. Den praktiske treningen viser at profesjonenes skriftliggjøring ikke uten videre var tilstrekkelig. Ergoterapeutenes manglende deltakelse i Liens kompetanseutvikling i forflytning var en faktor som ble forsterket av profesjonenes lokale oppgavefordeling. Ved å bruke deltakerbaner (Wenger 1998:154/2004:179) kan vi si at fysioterapeuter og sykepleiere kunne følge *innsiderbaner* i kompetanseområdet forflytning. Ergoterapeutstudentenes deltakerbaner i forflytning var mer perifere enn sykepleierstudentenes. Forflytning, balanse og gange er tydelige kunnskapselement i fysioterapi, og fysioterapeutstudentene fulgte mer *inngående baner* i sin profesjons praksis. I første omgang kunne ikke ergoterapeutene følge samme type deltakerbaner som sykepleierne. Men da de meldte at forflytning og balanse var utfordrende, ble det tilrettelagt for inngående deltakerbaner i kompetanseområdet. Jeg tolker

ikke ergoterapeutenes manglende deltakelse som ekskludering (Gieryn 1983) fra kompetansefeltet eller som tilsiktet grensearbeid (Nielsen 1994). Det mulig å tolke dette som utilsiktet grensearbeid (ibid.) hvis de opplevde seg utestengt fordi de ikke var med i utviklingen.

Et annet område for kompetanseutvikling ved Lien er knyttet til pasienters kognitive funksjon. Kognitive vansker kan være avgjørende for hvordan pasienter klarer hverdagen etter en hjerneskade (Engstad, Viitanen & Almkvist 2007). Ved begge sykehus var ergoterapeutenes kunnskaper i dette området en ressurs. I kapittel 5 og 6 kom det frem at ergoterapeutene vurderte kognitiv funksjon og la inn sine testresultat og notat i elektronisk journal. Ved Lien hadde ergoterapeutene utformet heftet *Pasientens usynlige problem* om dette temaet. I dette utviklingsarbeid deltok sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Underveis var også lege og logoped trukket inn. Ergoterapeutene brukte heftet ofte. De merket av aktuelle tiltak og behov for oppfølging for den enkelte pasient. I stor grad var dette tiltak som de ønsket at sykepleiere videreførte i pasientens stell og måltider. Når pasienten skulle følges opp av hjemstedets kommunehelsetjeneste, fikk de tilsendt aktuelle sider fra dette heftet. Noen pårørende skaffet seg også heftet. De fleste studenter og enkelte utøvere i de andre profesjonene brukte heftet. Da fungerte heftet nærmest som en liten lærebok om kognitive funksjoner og tiltak. Ansatte som var med i kompetanseutviklingen, lærte hva kognitive funksjoner kunne bety for pasientforløp og for deres samhandling med pasienter.

For sykepleierne var det krevende å tilrettelegge slik at nyankomne kunne følge inngående deltakerbaner i kompetanseområdet kognitiv funksjon. I hverdagen var Liens kompetanse knyttet til kognitiv funksjon ikke alltid like synlig. Et eksempel var når sykepleiernes hjelp i PADL ikke helt samsvarte med ergoterapeutenes trening av kognitiv funksjon under PADL. Nyankomne kunne ha vansker med å fange opp nyansene i måten som tiltak ble utført. Når aktørene forstod hva handlingsgrunnlaget innebar for utførelsen, fikk slike nyanser mening. Tendensen til at sykepleierne ikke helt fulgte opp ergoterapeutenes tiltak, kom også frem i 5.2.4 og 6.3.1. Ergoterapeutstudentene var tydeligst i etterlysningen av mulighet for felles meningsdannelse om hva vurdering og tiltak betød i pasientarbeidet. Her blir dette illustrert ved Aina-Es som trakk frem neglect som en situasjon der profesjoner trengte å samtale:

Det kunne vært teammøte eller minimøte med pårørende, der vi virkelig forteller hvor stort neglektet er, hva gjør neglekt med en pasient. Hva er det. Er det dette dere ser? Og hvordan opplever dere det? Og det er på grunn av at han ikke ser det som er til venstre. Det er ikke fordi han ikke ser den veien, venstre øye fungerer fortsatt, det er bare at hjernen ikke tar opp det som kommer fra venstre.

Ergoterapeutenes kunnskaper var sentrale for å fremme pasientenes kognitive funksjoner ved å tilrettelegge for ulike måter å gjøre en aktivitet og tilpasse omgivelsene. Det var ikke helt gitt for sykepleierstudentene hva ergoterapeutenes perspektiv tilførte sykepleie. I hverdagen var det overlatt til den enkelte å omforme materiale om kognitive vansker i heftet og i elektronisk pasientjournal, slik at dette ga mening i deres praksis.

Ergoterapeutene forventet eksempelvis at skriftliggjøringen av Liens kompetanse i kognitiv funksjon resulterte i en ensartet måte å følge opp pasienten i PADL. Sykepleierne på sin side, tok for gitt at de også kunne tilrettelegge PADL. En gang under feltarbeidet var Stine-Ss med ergoterapeuten i PADL, men dette var et unntak. Sykepleier- og ergoterapeutstudentene og ergoterapeutene påpekte at pleiere ikke alltid tilrettela PADL så pasienten fikk trening. Andre studier, som eksempelvis Atwal et al (2006) går også i samme retning. Atwal og Caldwell (2005) peker på at sykepleiere ikke nevner ergoterapi, mens de vektlegger å videreføre tiltak fra fysioterapeuten. Waters (1994) fant at ergoterapeuter og sykepleiere kommuniserer lite, selv når de har liknende oppgaver, og pasienters fremgang avhenger av at deres oppfølging er konsistent¹⁰¹. Hjelp til personlig hygiene og gjøremål er sentralt i sykepleieres arbeid og kunnskap om omsorg for pasienter (Nortvedt 2008:91). I ergoterapeuters kunnskap er aktivitet som PADL, sentralt i vurdering og tiltak for kognitiv funksjon (Borg, Runge, Tjørnov, Brandt & Madsen 2007:526-30). Når avstanden var liten mellom aktørenes og den tverrprofesjonelle kompetanse, kunne det være krevende for dem å bruke felles kompetanse. I travle hverdager klarte nyankomne i pleiergruppen ikke alltid å forstå hva postens skriftliggjorte praksis betød i deres arbeid. Dette er i tråd med Booth, Davidson, Winstanley og Waters (2001) som i en observasjonsstudie av PADL fant at sykepleiere trenger mer kunnskap om trening under stellet for pasienter som har hjerneslag. Forskjellene i utføringen av PADL mellom ergoterapeutene og sykepleierne ved Lien, speiler ulikhet i de to profesjonenes kunnskapsfelt.

Betydningen av å lære fra hverandre, blir aktører klar over når de ser tydelig forskjell mellom sin og andres kunnskaper (Wenger 1998:139/2004:165; Wenger 2007:69; Wadel 2002:32). Kompetanseområdet i kognitive funksjonsvansker var ikke like tydelige i praksis som Liens kompetanse i forflytning. Ved å bruke deltakerbaner (Wenger 1998:154/2004:179) kan vi si at sykepleierne fulgte *inngående deltakerbaner* mer enn *innsiderbaner* i kompetanseområdet

¹⁰¹ Bedret funksjon i PADL etter hjerneslag kan avhenge av trening med mange repetisjoner på en ensartet måte <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Hjerneslag/Rehabilitering+og+behov/Aktivitet+og+deltagelse/Da+glige+aktiviteter>

kognitive vansker. Ergoterapeutstudentene kunne også følge inngående deltakerbaner her hvor sentrale element i profesjonens kunnskap inngikk. Ved å trekke på Wenger (1998/2004) er heftene å forstå som en skriftlig tingliggjøring av Liens kompetanse. Heftene åpnet for perifere deltakerbaner i kompetanseområdet kognitive funksjonsvansker for studentene og nyankomne. Skriftliggjøring alene var ikke tilstrekkelig for at alle forstod hva nyansene i vurderinger og tiltak innebar i deres pasientarbeid. I Liens praksis ble det nærmest tatt for gitt at skriftliggjøringen av tverrprofesjonell kompetanse ble videreført i den enkeltes praksis. Men likhetene både mellom profesjonenes aktiviteter og deres handlingsgrunnlag, hemmet slik overføring. Det er et poeng at kunnskap om å samhandle med personer som har kognitive funksjonsvansker, kan fordre førstehåndserfaring. Dette illustrere utfordringen det er å gi tekst mening i handling, og betydningen av personlig praktisk kunnskap i profesjonelles virke, som blant annet Grimen (2008a) redegjør for. Videre poengterer Grimen at heterogenitet preger profesjoners kunnskapsbase. Liens tverrprofesjonelle kompetanseområder eksemplifiserer dette. Kunnskaper som ble kjedet sammen i Liens tverrprofesjonelle kompetanseområde, stammet fra flere av profesjonenes kunnskapsbase og deltakernes erfaring fra praksisfeltet.

Mitt tredje eksempel er postens utviklingsfelt knyttet til dysfagi¹⁰², problem med å tygge og svelge. Sykepleierne fulgte nøye opp pasienter med dysfagi under måltider og når de drakk. Logopeden skrev i elektronisk journal når pasienter trengte å øve motorikk i ansikt, munn og svelg. Når pasienter hadde svelgevansker¹⁰³, skrev hun også om konsistens og fortykning av drikke og mat. I tillegg til logopeden kunne flere sykepleiere og enkelte ergoterapeuter også fastsette fortykningsmiddel. Alle profesjonene ved posten var undervist om dysfagi, og de hadde et hefte om undersøkelse og tiltak ved dysfagi. Heftet var resultat av samarbeid mellom logopeder, sykepleiere, leger, ergo- og fysioterapeuter samt ernæringsfysiolog. Innholdet var utviklet på grunnlag av teoretiske og personalets erfaringsbaserte kunnskaper. Sykepleierne/-studentene brukte heftet når pasienter hadde dysfagi, og særlig når det var fare for at de satte noe i halsen og fikk mat/drikke i lungene. Fysioterapeutstudentene så i heftet etter øvelser for ansiktsmusklene. Ergoterapeutstudentene leste om konsistens på mat og drikke, hvis de og logopeden hadde felles pasient. I logopedens fravær trente eventuelt pasienten stemmebruk med ergoterapeuten. Slik beskrev Aina-Es sitt møte med postens praksis knyttet til dysfagi:

Logoped samarbeidet vi [ergoterapeutveileder og Aina] litt med, eller fordi hun var borte en stund og da tok vi liksom logopedjobben. Det var å vurdere rett og slett fortykningsmiddel av sikkerhetsmessige hensyn. Jeg kunne nesten ingenting. Men min veileder har vært på dysfagi-kurs. Så hun kunne ganske

¹⁰² Dysfagi betyr svelgevansker

¹⁰³ Rett konsistens på mat og drikke er vitalt for pasienten med dysfagi (Ha, Iversen & Hauge 2008)

mye om det, og har drevet mye med den type trening. Så vi [studenter] hadde bare å drive med litt stemmetrening og artikulasjon. Veileder hadde pasienten mest, så var jeg med av og til, bare for å se.

Hensynet til pasienters sikkerhet gjorde at alle studenter lærte å blande drikke med foreskrevet fortykningsmiddel. Men de kunne ikke vurdere graden av fortykning som pasienten trengte. Samtlige yrkesgrupper kunne være involvert i tiltak ved dysfagi, men utredningen ble gjort av logoped og spesialister. Kunnskap om dysfagi er sentralt i logopedi¹⁰⁴, og var logopedens oppgave ved Lien. I ergo- og fysioterapi var fokus mest å vurdere og å øve motorikk. Legene vurderte og avgjorde når ernæring måtte gis intravenøst og via sonde.

Ivaretagelse av pasienter med dysfagi er nært forbundet med ernæring og munnstell, og er viktige områder i sykepleie (Nortvedt 2008:108, 110; Willumsen, Wenaasen, Armingohar & Ferrera 2008:83-84). Og sykepleierstudentene var opptatt av ernæring inklusiv type mat og drikke. Sykepleierne sikret alltid at pasienten fikk rett konsistens i mat og drikke. Ved Lien var det et uttalt mål for sykepleierne å videreutvikle kompetanse om dysfagi. Likevel ble ikke logopedens tiltak fulgt opp helt konsekvent. Et eksempel var da manglende munnstell ble diskutert i Tverrfaglig møte (eksempel 8). Vi kan forstå dette som at sykepleierne og logopeden fulgte *innsiderbaner* (Wenger 1998:154/2004:179) i utvikling av kompetanse om dysfagi. Ergoterapeutene fulgte *inngående deltakerbaner* i kompetanseområdet dysfagi, mens fysioterapeutenes deltakelse var mer perifer. I kompetanseområdet dysfagi ble det tilrettelagt for at studentene deltok mer lik det som kjennetegner legitim perifer deltakelse (Lave & Wenger 1991/2003), der de var observatører og fikk svært avgrensede oppgaver.

I tråd med Liens praksis ble pasienters sammensatte problem splittet i flere delproblem og gjerne svarende til funksjoner på organnivå. En persons aktiviteter og deltakelse avhenger av spillet mellom personens funksjoner, oppgaven som utføres og omgivelsene (Shumway-Cook & Woollacott 2007:144; Sosial- og helsedirektoratet 2003:18). Formål og virksomhet handlet om å fremme dette komplekse spillet slik at pasienten kunne mestre sin hverdag. Fordi pasientenes funksjonsproblem var fordelt mellom profesjonene, ble det nødvendig å forbinde flere profesjoners vurdering og tiltak. Utvikling av de felles kompetanseområdene: forflytning, kognitiv funksjon og dysfagi, er eksempler på hvordan profesjonene tilrettela for bruk av hverandres kunnskaper og i utvikling av Liens praksis. I utvikling av felles kompetanse fulgte personalet hva Wenger (1998:154/2004:179) benevner som *innsiderbaner*.

¹⁰⁴ <http://www.uio.no/studier/emner/uv/isp/SPED4200/>

Sentralt i Liens praksis var å utvikle slike tverrprofesjonelle kompetanseområder. Med andre ord var praksis mer enn å få gjort arbeidet, koordinere oppgaver og utveksle informasjon. Kombinasjonen av delproblem tilpasset profesjonsvise kunnskapsfelt og pasientens behov for selvstendigjøring, tvang frem sammenkjedning av profesjonenes bidrag. Tverrprofesjonelle kompetanseområder forbandt kunnskaper som dels var erfaringsbaserte, dels teoretiske. Utvikling og bruk av heftene betød også at bidragsytternes tingliggjorte erfaring ble anerkjent som kompetanse. Å delta i utvikling av tverrprofesjonell kompetanse kan vi se som uttrykk for å tilhøre Liens praksisfellesskap. Nielsen (1994) peker på at uklare grenser mellom grupper fører til tilsiktet grensearbeid. Et trekk ved Liens praksis er fravær av tilsiktet grensearbeid, selv når flere profesjoner hadde kunnskap og ansvar i et kompetanseområde.

Måten de tre kompetanseområdene: forflytning, kognitiv funksjon og dysfagi, kom til syne i daglige praksis, speiler spenninger i grenseflaten mellom postens praksis og den enkeltes erfaring. Tydelige forskjeller i deltakernes kunnskaper, fremmet deres engasjement for å utvikle praksis slik at de kunne bruke elementer i hverandres kunnskaper og danne meningsfulle sammenhenger. Når forskjeller i profesjonenes praksis ikke var klare for aktørene, ble det vanskeligere å omforme felles kompetanse til eget pasientarbeid. I stedet opprettholdt deltakerne profesjonsvise praksiser uten helt å se nyansene i hverandres handlingsmåter og/eller handlingsgrunnlag. Hverdagens travelhet bidro også til at felles kompetanse ble tilsidesatt. Da ble gjerne profesjonens og ikke felles vurderingskriterier for praksis, lagt til grunn. Know-how og god praksis er sosialt definert (Rolf 1991:120-), og dette illustrerer slike hendelser når det var nyanser og forskjeller i aktørenes handling.

Språk gir ikke alltid mening i praksis, men ved å omforme ordene kan innholdet få betydning for praksis (Säljö 2001:82-85; Carlile 2002, 2004). Det vil si at mellom praksiser kan det være utilstrekkelig å overføre og oversette ordene. Til dels henger dette sammen med at praktisk kunnskap kan kreve førstepersonerfaring og ikke lar seg artikulere fullt ut (Grimen 2008a). Kompetanse i forflytning illustrerer betydningen av å vise og gjøre, for å kunne forstå og endre praksis. Forskjeller i aktørenes praksis i kompetanseområdet kognitiv funksjon synliggjør at det er krevende å endre andres praksis via skriftliggjøring. En faktor er at når aktørenes daglige praksis tilsynelatende er lik, er det lett å overse betydningen av å omforme viten for å få frem nyansene i aktørenes praksiser.

For å få gjort arbeidet, kan utøvere lære en håndverksversjon av andres ekspertkunnskap og utføre en annen profesjons oppgaver (Abbott 1988:64-66). Heftene ved Lien var noe mer enn en slik håndverksversjon. Heftene er resultat av deltakernes skriftliggjorte tverrprofesjonelle praksis og kompetanse. Utviklingsarbeidet førte til at deltakerne ble kjent med hverandre og profesjonenes handlingsgrunnlag og oppgaver. Tverrprofesjonell kompetanseutvikling fulgte av behovet for at praksis gjorde det mulig for pasientene å bli mest mulig selvstendige, mer enn at arbeidet ble gjort. Dette formål lå til grunn for de kunnskaper og kunnskapsforbindelser som formet kompetanseområdene. Kompetanseområdet er mer å ligne med praktiske synteser (Grimen 2008a). Det vil si at det var hensikten med å forme enhetlige pasientforløp, mer enn ønsket om effektivitet som fremmet utvikling av de praktiske syntesene.

7.1.3 Tverrprofesjonelle kompetanseområder - oppsummering

For å forstå praksis og studentens læring ved Lien og Studenttett post trådte tverrprofesjonelle kompetanseområder frem i analysene. Formålet for postenes virksomhet gjorde at flere former for kunnskaper ble kjedet sammen over profesjonsgrensene i felles kompetanseområder. I ulik grad var de tverrprofesjonelle kompetanseområdene skriftliggjort. Videre har jeg løftet frem at deltakerbaner (Wenger 1998:153-/2004:179-) i postenes praksis og hvordan det varierte hvilke deltakerbaner som ansatte og studenter fra ulike profesjoner kunne følge og fulgte.

Med henvisning til Grimen (2008a:71-85) kan vi forstå utvikling av tverrprofesjonelle kompetanseområder som en type praktiske synteser. Ved Lien har jeg vist til tre områder: forflytning, kognitiv funksjon og dysfagi. Behovet for å kjede sammen profesjonenes praksis, fulgte av at pasientenes problem var oppdelt og fordelt mellom profesjonene. Pasientens mestring fordret sammenkjeding både av profesjonenes aktiviteter og kunnskaper. Personalets tverrprofesjonalitet viste seg i utviklingen av Liens kompetanseområder, der teoretiske og erfaringsbaserte kunnskapselement fra flere profesjoner var vevet sammen. Liens praksis ble tingliggjort i et hefte for hvert tverrprofesjonelle kompetanseområde.

Ved Studenttett post har jeg løftet frem to tverrprofesjonelle kompetanseområder pasientforløp og studenters utvikling. Også her var profesjonene ansvarlige for ulike sider ved pasientens problem, men det var det ikke samme oppsplitting i delproblem og -funksjoner som ved Lien. Personalet hadde sammen utviklet postens praksis for å sikre forsvarlig utredning og oppfølging av pasientene slik at studentene kunne ivareta profesjonenes oppgaver. Behovet

for å skape trygge rammer for studenters læring og forsvarlige og gode pasientforløp, gjorde at deltakerne engasjerte seg i hverandres praksis over profesjongrensene. Personalet utviklet tverrprofesjonelle kompetanseområder ved å forbinde erfaringer og teoretiske kunnskaper både fra veiledning og pasientarbeid. Postens praksis skapte gjensidig forståelse og ansvarlighet for hverandres handling og handlingsgrunnlag. Tverrprofesjonaliteten kom til uttrykk ved at både personalet og studentene kunne være kompetente deltakere i meningsdannelse og praksis.

For å følge Rolf (1991:120) kom aktørenes kompetanse frem i utvikling av tverrprofesjonelle vurderingskriterier for postens praksis. Vi kan forstå dette som at de profesjonelle følger innsiderbaner (Wenger 1998:153-/2004:179-) når de utvikler felles kompetanseområder. Ved Lien kunne to profesjoner utvikle praksis i et kompetanseområde. Når området var etablert, var det åpent for at andre kunne følge inngående deltakerbaner i denne praksisen. Ved Studenttett post ble det lagt vekt på samhandling og felles meningsdannelse ansikt til ansikt. Samspillet mellom deltakelse og tingliggjøring (Wenger 1998:62-/2004:77-) kom tydelig frem. Møtepraksis bidro til å få frem deltakernes vurderingsgrunnlag. Tverrprofesjonell praksis og kompetanse tilrettela for inngående deltakerbaner for nyansatte og studenter. Ved Lien engasjerte aktørene seg noe ulikt i daglig tverrprofesjonelle praksis. Sykepleierne fulgte dels innsider dels inngående deltakerbaner. Legene skiftet fra innsider til mer utgående deltakerbaner når heftene var ferdigstilt. Avhengig av kompetanseområde fulgte ergo- og fysioterapeutene innsider, inngående og perifere deltakerbaner. Studentene kunne følge inngående deltakerbaner når profesjonens kunnskaper var sentrale i et kompetanseområde. Et eksempel er ergoterapeutstudentenes deltakelse i kompetanseområdet kognitive funksjoner.

Liens praksis innebar skriftliggjøring av tverrprofesjonelle kompetanseområder. Dette kunne både åpne og hemme aktørene i å følge inngående deltakerbaner. Deltakerbanene var mer perifere for dem som ikke hadde vært med i utviklingsarbeidet, og det ble mer uklart for disse hva andres bidrag innebar i praksis. Det var utfordrende å forstå nyanser i handlemåter og perspektiv uten å ha tatt del i å omforme og forbinde profesjonenes kunnskapsbidrag. Dette kom frem når flere profesjoner hadde oppgaver i et område som eksempelvis i PADL. Tingliggjøring alene kom til kort (Wenger 1998/2004) for å gi teksten mening i aktørenes praksis. Behovet for å fortolke hverandres skriftliggjorte praksis ansikt til ansikt kommer frem. Dette henger sammen med at praktiske kunnskaper var sentralt i postenes kompetanse, og praktisk kunnskap ikke alltid kan formidles verbalt (Grimen 2008a). Vi kan også se dette

som uttrykk for at samspillet mellom deltakelse og tingliggjøring av praksis var utilstrekkelig for å gi mening (Wenger 1998:62-/2004:77-). For å følge innsider og inngående deltakerbaner i deler av Liens kompetanseområder synes deltakelse i felles meningsdannelse nødvendig. Nyankomnes tilhørighet ved Lien og Studenttett post kan vi forstå ved å bruke innordning og gjensidig engasjement (Wenger 1998: 173-/2004:200-). Ved Lien ble nyankomnes tilhørighet til ved innordning fordi praksis vektla skriftliggjøring både for pasientforløp (kap.6.3.1) og tverrprofesjonelle kompetanseområder. Dette var tydeligst for studentene. Innordningen har trekk som kan sammenliknes med hvordan tradisjoner videreføres i profesjoner (Rolf 1991:129-). De som utviklet heftene, dannet tilhørighet ved gjensidige engasjement i dette arbeid. Ved Studenttett post var forventning om innordning tydelig for nyansatte ledere. Veiledernes tilhørighet var knyttet til deres gjensidige engasjement i kompetanseområdet studenters læring og deltakelse. Ansattes doble ansvarlighet for gode og trygge pasientforløp og studenters læring, gjorde at de og studentene, utviklet tverrprofesjonelle praksisfellesskap. Nye ledere så ikke helt ulikheter mellom Studenttett post og andre medisinske poster. Mulig ville mer skriftlig materiale om postens tverrprofesjonelle praksis hjulpet nyansatte til å forstå hva postens virksomhet, praksis og kompetanse innebar. I samspillet mellom deltakelse og tingliggjøring (Wenger 1998:64-/2004:79-) ser det ut til at mer skriftliggjøring kunne bidratt til mer inngående deltakerbaner for nyankomne, til forskjell fra Lien. Vektlegging av felles meningsdannelse fremmet studentenes deltakelse og tilhørighet til Studenttett post.

Tverrprofesjonalitet ved Studenttett post og Lien ble synlig i postens kompetanseområder. På en måte reflekterer dette også sider ved profesjonenes samfunnsoppdrag. Ved Studenttett post ble samfunnsoppdraget til dels ivaretatt ved å utvikle tverrprofesjonelle praksisfellesskap rundt pasientforløpet. Dette fremmet deltakernes gjensidige engasjement og ansvarlighet både i vurdering, problemfastsetting og tiltak. Ved Lien ble samfunnsoppdraget til dels møtt ved å utvikle tverrprofesjonelle kompetanseområder for utvalgte delproblem hos pasientene. Tverrprofesjonalitet viste seg i form av gjensidig engasjement for å utvikle Liens kompetanse og gjensidige ansvarlighet for å skape enhetlige pasientforløp ved å bruke skriftlig materiale. I neste del av kapitlet ser jeg på profesjonenes lokale kompetansesystem. Kompetansesystem og kompetanseområder er begge vesentlige for å forstå mulighetene som studentene hadde for deltakelse og læring i sin praksisperiode. Dette er tema i kapitlets tredje hoveddel 7.3.

7.2 Postenes kompetansesystem

Studentenes læring og forventning til fremtidig profesjonell utøvelse og identitet, blir påvirket av de erfaringer, kunnskaper og aktører som er ansett som betydningsfulle. Praksis viser lokale kompetansesystem og handler om hvem som er deltakere i de sentrale aktiviteter og meningsforhandlinger (Wenger 1998:136-/2004:160-, 2000). I slike kompetansesystem har de mer formelle posisjoner betydning, men de er ikke identiske. Postenes kompetansesystem speiler hvem som kan bidra med forslag og godkjenne andres forslag i meningsforhandling. Dette gjør at kompetansesystemet synliggjør fremtidige muligheter og posisjoner for studentene, og hva som skal til for å være en kompetent deltaker. Derfor kan slike lokale system belyse det Wenger (1998:156/2004:181) omtaler som paradigmatisk baner. Dette gir innsikt i studentenes læring og de deltakerbaner som det var mulig å følge ved posten. I denne del av kapitlet ser jeg nærmere på kompetansesystem ved Studenttett post og ved Lien.

7.2.1 Kompetansesystem ved Studenttett post

Kompetansesystemet ved Studenttett post åpnet for at ansatte og i stor grad også studentene var kompetente deltakere. Personalet så profesjonene som sidestilte lokale aktører. Uavhengig av profesjon ble de som bidro til andres forståelse, verdsatt. Anerkjennelse var knyttet til at formidlingen gjorde bidraget meningsfullt for andre. I meningsforhandlingene var legenes posisjon sterk når indremedisinske forhold var sentrale i pasientens problem. Veilederne hadde en sterkere stilling i kompetansesystemet enn studentenes. Studentene erfarte at både deres og profesjonens bidrag var viktige. Studentene var med på å gjøre hverandre til kompetente deltakere i meningsforhandlingene.

Pasientenes sammensatte problem gjorde at det var behov for flere profesjoners kunnskaper. I sin vurdering brukte legene bidrag fra de andre profesjonene. Eksempelvis beskrev Anton-L for en turnuslege hvordan posten praksis påvirket hvordan han sammenstilte informasjon:

Her har vi mest fokus på hjemmesituasjonen. Spør sykepleiere og ergoterapeuter om ADL, og om pasienten skal hjem til pårørende eller til sykehjem. Jeg bruker skjema for prejournal i kurveboken

Sitatet speiler at indremedisinske kunnskaper ikke var tilstrekkelig for å utvikle pasientforløp, og at tverrprofesjonell tilnærming ble vektlagt. I tidligere kapitler har vi sett at aktørene delte kunnskaper både i og utenfor tverrfaglige fora. Og studentenes bidrag ble gjerne trukket frem. Jeg la merke til at studentene ofte viste til nytten i andre profesjoners vurdering og tiltak også i profesjonsspesifikke sammenhenger. Slik viste de at de anerkjente andres bidrag og aktivitet.

Ingen profesjon hadde forrang framfor en annen til å være med pasienten. Et eksempel kom frem i veiledersamtalen, der Ida-F fortalte at pasientene ikke ventet på legevisitten på sitt værelse. I stedet kunne legevisitten oppsøke pasienten når de var hos ergo- og fysioterapeuten. Da fikk legene og pleierne se og ikke bare beskrevet, pasientens vansker og mestring. Dette åpnet for innsikt i andres konkrete pasientarbeid og profesjonenes praksis.

Og vi hadde avtale om at legene kom innom oss og så behandlingen. De la visitten til treningsrommet og det var veldig utbytterikt både for legene og for oss. Da fikk legene se hva pasientene trente, også så de ikke bare pasienten i sengen. Og vi kunne fortelle litt om hva vi drev med der og da

Kjennskap til andres kunnskapsfelt og virke skapte gjensidig tillit til at flere var med å skape gode pasientforløp. Ansatte verdsatte å være sammen om å ivareta pasientene og studentene. Måten de brukte *vi* og *oss* om veilederne og posten, uttrykker også fellesskap (Winther & Phillips 2002:133). Veilederne var trygge på hverandre. Både i Tverrfaglig personalmøte og i veiledersamtalen kom dette frem i form av uenighet, støtte, ros og kritikk.

I praksis ved Studenttett post var veiledning og studenters læring sentralt. Derfor er det ikke overraskende at erfaring fra veiledning ga uttelling i postens kompetansesystem. Veilederne brukte også Tverrfaglig personalmøte til å diskutere praksis og veiledning. Personalmøtet speilet at profesjonene og ansatte var ganske sidestilt, men også hvor trygge de var på hverandre. En fast post var måling av pasienters tilfredshet og studenters evaluering av praksisperioden. Et tilbakevendende tema var studenters deltakelse i virksomheten og ansattes veiledning og samhandling, for eksempel bruken av andres notat i elektronisk pasientjournal (kap.6.3.2). De tok også opp alvorlige forhold, som retningslinjer og formelle vedtak om *HLR-minus*¹⁰⁵. Da var formålet å sikre at ansatte hadde lik forståelse av hva som gjaldt. I dette eksempel hadde HLR-minus dukket opp som tema i Tverrfaglig morgenmøte. Eksempel på en helt annen type sak er uniformsbruk. Da forsvarte overlegen sin bruk av jeans med at uniformsbuksen ikke passet. Dette er interessant, fordi uniform er en måte å markere profesjonsmedlemskap (Abbott 1988:67). Personalet kjente til dette og ville forebygge at uniformsbruk signaliserte ulik status. I dette fora utvekslet de også praktisk informasjon om tverrfaglig undervisning (kap.4.3.1), ansattes fravær og når studentgruppene kom/sluttet. Møtet ble brukt til å sikre at de delte oppfatninger av rutiner og regler, samt å forbygge misforståelser. I personalet var det rom for vanskelige spørsmål, kritikk, ros, spøk og direkte tilbakemelding. Dette var også synlig i veiledersamtalen, som i dette utsnittet:

¹⁰⁵ HLR står for hjerte og lungeredning. Minus vil si at livreddende behandling ikke skal iverksettes hos pasienter som er i en avsluttende fase av livet

Nina-E Ja, jeg har vært og sagt fra noen ganger når det har vært ting med studentene deres, fordi jeg ser dem mye mer. For det er noe med å ha tryggheten i [veileder-] gruppa til å kunne si fra til hverandre. For det hadde jeg forventet, hvis det var noe mine studenter at da hadde folk kommet og sagt fra.

Hun fikk støtte fra de andre:

Ida-F Dette snakket vi [ansatte] på posten om helt fra starten at vi skulle gå litt i hverandres roller Rundt bordet: ja, ja mm

Ida-F Men for eksempel så var ikke min avdelingsleder ikke noe positiv til det. For hun sa: 'da bruker de [posten] av fysioterapiressurser og vi er allerede så knappe'. Så måtte jeg bare jobbe litt i det stille, da. Og slik var det bare, ikke sant. Og helt sikkert er det også noen andre veiledere som tok seg litt av mine[studenter]. Og så gikk det opp i opp.

Ergoterapeuten får frem at de både kan komme med kritikk og kan veilede studenter over profesjongrensene. Innlegget fra Ida-F viser at hennes tilhørighet til posten avgjorde hvem hun veiledet. Selv om ansatte skulle veilede profesjonens studenter, så innebar postens praksis også at de fulgte med og hjalp andre profesjoners studenter. Eksempel 6 illustrerer dette, der ergoterapeuten veiledet sykepleierstudenten i Tverrfaglig møte. I feltarbeidet merket jeg at personalet støttet hverandre, eksempelvis når studenter henvendte seg til andre profesjoners veileder, og når en veileder grep inn overfor en student i en annen profesjon.

Et hovedtrekk er at fellesskapet ved posten bestod av både studenter og ansatte. Stemningen var uformell og ofte munter. I løpet av dagen var det flere små samtaler som var faglige og mer personlige. Samtalene var både mellom studenter, mellom ansatte, mellom studenter og ansatte og både innen og over profesjongrensene. Postens fellesskap var også godt synlig og hørbart i hver fredagslunsj. Der deltok alle, og ansvaret for å lage mat rullerte mellom profesjonene. Ellers spiste studenter, veiledere og turnusleger sammen i kantinen eller i et av postens møterom. Et sitat fra Pia-Ss og Mette-Ss illustrerer postens fellesskap:

Jeg følte at alle var på lik linje der egentlig om de var leger eller fysio eller ergo. Det var så kjekt når du spiste lunsj sammen på fredagen og. For det bidro til at det at flere yrkesgrupper ble kjent med hverandre på en helt annen måte, som personer og ikke akkurat hvilket yrke de var i fra.

Det var veldig trygt der. Så det gjorde at du ble trygg overfor legene og følte at du kunne prate med dem. Det var jo slik. Jeg synes det var veldig god stemning der. Det må jeg si. Det var veldig trygt

Personalet forsto og bidro til virksomheten som de sammen var ansvarlig for, og deres fellesskap har felles trekk med praksisfellesskap (Wenger (1998:75-7/ 2004:93-5). Dette vil ikke si at forskjeller i ansvar og kunnskap er utjevnet. Det var ingen tvil om at medisinske kunnskaper var sentralt i vurdering og behandling, og at legene hadde det medisinske og formelle ansvar. En annen faktor var at legene ledet, konkluderte og tok endelig avgjørelser i previsittene. I postens kompetansesystem var legene i en overordnet posisjon, men dette

utelukket ikke andre fra å delta i vurderingene og avgjørelsene. Et eksempel er forslaget fra sykepleierstudenten om at melk var årsak til magesmerter (kap.5.1.3), eller da legen fulgte Tor-Fs ønske om røntgenundersøkelse (kap.5.1.6). Et tredje eksempel var studentenes felles fortelling som hindret at pasienten ble utskrevet, selv om infeksjonen var kurert (kap.5.1.5). Oppfatning av at aktørene var nokså sidestilte, kan illustreres av omtalen som Kari-Ls ga av profesjonenes forhold ved posten:

Der er det ganske flat struktur. Og der jobber det mange også, ikke bare studenter. Det var en gammel kulling av meg som jobbet der, som ventet på turnus. Det er ikke noen faggruppe, eller det var ikke en avdeling som bar preg av noe veldig selvopprømt faglig prestisje. Jeg opplevde at det var en ganske åpen og fri tone der. Men jeg opplevde vel ikke at sykepleierne heller var så veldig frampå.

Her viser Kari-Ls både til sin og medstudentenes erfaring av at profesjonene var likt verdsatt. Hun hadde merket seg at sykepleiere markerte seg tydeligere overfor leger andre steder enn ved Studenttett post. Andre har funnet at sykepleiere styrker sin posisjon lokalt i forhold til leger (Allen 2001; Svensson 1996; Tjora 2000). Dette var ikke tilfelle ved Studenttett post, der kompetansesystemet var preget av profesjonenes sidestilte posisjoner.

Legenes formidlings- og forklaringsmåter, samt hvordan de møtte studentene, gjorde at både personalet og studentene støttet opp under legens posisjon. Legenes kunnskaper, utdanning og deres øverste formelle ansvar, var ikke nok til at studentene automatisk så opp til dem.

Under intervjuene kom vi inn på studentenes erfaring fra profesjonenes innbyrdes forhold. Et utsnitt fra samtalen med Mette-Ss kan tjene som eksempel:

Under visitten synes jeg ofte at legen kan svare litt uklart og også bruke litt ugreie ord [til pasienten]. Og dessuten, så ser pasienten på legen som en autoritet og kan bli litt satt ut. Så det er viktig vi [sykepleiere] kan følge opp det etterpå. Sette litt andre ord på det, kanskje klargjøre litt mer, slike ting

Da spurte jeg om Mette selv så på legene som en med slik autoritet, og fikk til svar:

Jeg gjorde ikke det på Studenttett. Jeg tror at selv om legen har en lang og god utdanning og kan veldig mye, så håper jeg at det kan være slik at vi kan samarbeide og bruke hverandres ressurser. For jeg vil si at sykepleierne og fysioterapi og ergoterapi har ressurser som legene har bruk for å nyttiggjøre seg. Men da jeg kom til X [neste praksissted], så ble det litt autoritetsskrek på meg og, giit. Så det blir veldig spennende når en blir ferdig.

Jeg fulgte dette opp med å spørre hva det kom av, og Mette svarte:

Jeg tror det hadde litt med tempo å gjøre. Jeg ble litt satt ut av tempo. Alt skal skje så fort, og legene har det så travelt hele tiden, og de skal rekke alt mulig. Og veldig slik: hvis du ikke kan, og veldig lite rom for at folk var nye. Hun [sykepleieren] som jeg gikk med, kjempesøt, var ferdig nå i sommer. Og hun var gruppeleder for første gang. Og de [legene] var litt utålmodige og hadde ikke rom for at folk var litt nye og uerfarne. Og der satt jeg som godt voksen student med mange års yrkeserfaring. Jeg var helt harm inne i meg, jeg hadde så lyst til å si noe. Men jeg turte ikke, for jeg er student, ikke sant. Også litt det at legene var veldig autoritære der. Og det opplevde jeg helt annerledes på Studenttett og det har ikke noe med at de legene ikke var -, for de er kjempedyktige, og kunne masse og delte det med glede med oss. Jeg må jo si at jeg har mye større respekt for dem, den erfaringen.

Mette-Ss viste at hun var kritisk til hvordan leger møtte både pasienter og andre profesjoner. Men ved Studenttett post var legene opptatt av å inkludere andre og bidra til deres forståelse. Kompetansesystemet ved Studenttett post var annerledes enn ved andre praksissteder, og gjorde at studentene følte seg inkludert og fikk støtte til å delta.

En gjenganger i intervjuene var kritikk av legers adferd overfor andre profesjoner ved andre praksissteder. Studentene beskrev slike forskjeller når det gjaldt hvem som kunne delta i felles meningsdannelse. Et poeng er at de sammenliknet Studenttett post med hvert sitt praksissted. Det vil si at i intervjuene ble Studenttett post holdt opp mot femten andre praksissteder. Dette forsterker bildet av et kompetansesystem som åpnet for at alle var likeverdige deltakere. Slik beskrev ergoterapeut Nina profesjonens lokale posisjon:

Vår gruppe [ergoterapeuter], vi er en liten gruppe i den store sammenhengen. Og jeg tror at veldig mange av studentene som har vært hos oss de sitter igjen med veldig: De vet at det de har å komme med bør bety noe i en større sammenheng. For det er veldig mange arbeidsplasser så er det slik: Ja, der var det en ergoterapeut, og det var det ingen som hadde lagt merke til en gang. Mens her så lærer de å rette seg opp å si: Jeg har noe å komme med, og får selv tillit av det, tror jeg. Det at legene etterspør og at alle etterspør hverandre, hverandres informasjon, hverandres tjenester. Ja. Rundt bordet blir det sagt ja, hm, ja. Og Annette-E la til: Ja, hverandres kompetanse.

Indremedisinske forhold var uten unntak del av pasientene problem, hvilket gjorde legene og sykepleierne til sentrale aktører. Til tross for dette erfarte de fra andre profesjoner at de var inkludert i postens praksisfellesskap. Illustrasjonen over viser til ergoterapeutenes posisjon generelt. En legestudent kommenterte også dette forholdet:

Mest og gledelig overraskende var at ergoterapeutens status var hevet, ikke akkurat det, men er viktig arbeid ergo gjør. Jeg lærte noe av deres kognitive testing

Under feltarbeidet ble ergoterapeutenes posisjon interessant, da ergoterapeutene ikke alltid syntes å være aktive når indremedisinske perspektiv lå i forgrunnen. Studenttett post bar preg av forventning om at god praksis innebar at alle profesjoner bidro i utvikling av pasientforløpet og felles forståelse. Dette viser posten som et praksisfellesskap, der alle både kan foreslå og godkjenne andres bidrag (Wenger 1998:197/2004:227). Innspill som ble vektlagt, var de som bidro til felles forståelse av vurdering, problem og løsninger samt til andres læring.

Innlemmelse i postens praksisfellesskap var ikke styrt ut ifra om en var ferdig utdannet eller fra profesjonstilhørighet. Dette var synlig i de tverrfaglige fora (kap.5.1) og ellers i hverdagen. Her illustrert i et sitat fra Berit-Ss som sidestilte studenter og ansatte:

Det var på en måte bare i forhold til medisiner at den forskjellen [sykepleier og student] virkelig kom til syne, synes jeg. Og på ting som vi, eller i alle fall jeg ikke kunne så mye om, som blodprøvesvar og slikt. Så det var mye sykepleierne som tok ansvar for det vanskelige da, i gåseøyne, i starten. Men så kommer man inn i det etter hvert. Men akkurat medisiner er det de som må ta. Men utover det så synes jeg at vi [studenter] hadde like mye kontakt med leger og andre faggrupper og organiserte like mye, ringte rundt og var med på like mye som det de [sykepleierne] var.

Sykepleierstudenter skal ikke administrere medikamenter (Forskrift om legemiddelhåndtering 2008 §4¹⁰⁶), men som sitatet viser, utførte sykepleierstudentene ellers alle typer oppgaver.

Ved posten deltok studentene og personalet i samme type aktiviteter. Studentenes utvikling i løpet av praksisperioden illustreres også i sitatet over. Studentenes involvering i postens virksomhet var tydeligere enn det Larsen (2000) fant i utforskning av sykepleierstudenter i praksis. Ved Studenttett post var det i liten grad de formelle strukturer, men den enkeltes engasjement i postens praksis som avgjorde personens troverdighet. Forskere har funnet at helsefagstudenter har med seg stereotypier av profesjoner og profesjonelle før studiestart (Hean et al.2006a) og før praksisstudier (Jacobsen & Lindqvist 2009). Ved Studenttett post viser dette seg ved at studentenes og mange ansattes erfaringer fra Studenttett post brøt med deres medbrakte forestillinger om og karakteristika av profesjonene og profesjonelle.

Et hovedtrekk er at studentene syntes det var lett og trygt både å oppsøke og spørre ansatte uavhengig av profesjon. Et sitat fra henholdsvis Berit-Ss og Silje-Fs får frem romsligheten som preget postens praksis:

Det var tydelig at han [overlegen] var glad i å ha studenter, han likte det. Om det var legestudenter eller sykepleierstudenter, det var ikke så nøye for ham virket det som. Det var veldig positivt. Og han andre [Anton] vi hadde mye med å gjøre, han var litt tøffere type. Du vet hvem jeg mener. Men han også han var ikke vond å be eller vond å spørre. Han var litt mer, ja, han var litt tøffere og litt røffere. Men det var jo egentlig å være like tøff tilbake.

Hvis det var noe jeg ikke var sikker på, så kunne jeg bare spørre hvem som helst, både sykepleierstudenter, sykepleiere og leger, fysioterapeut. De som var ferdige, veilederen vår. Jeg synes faktisk at de fleste var ganske flinke. Ja, jeg syntes ikke det var noe rart å spørre.

Studentene erfarte at de ble satt pris på og ble tatt på alvor enten andre hjalp dem, lyttet til dem eller brukte deres bidrag. Ergo- og fysioterapeutstudentene fortalte at ved neste praksissted savnet å kunne oppsøke sykepleiere og leger når de var usikre på pasientens tilstand. Studentene erfarte at personalet stilte krav til studentenes praksis, samtidig som

¹⁰⁶ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>

veilederne hadde tillit til at de kunne utføre og utførte oppgavene tilfredsstillende. En sentral side for å fremme læring er bekreftelse (Wadel 2008) og et støttende miljø (Billett 2001). Postens kompetanseområder gjør at veilederne utviklet praksis og fellesskap på tvers av profesjonene. Aktører fra flere profesjoner var i posisjon til påvirke hva som var god praksis. Det vil si til å avgjøre hvilke vurderingskriterier som var gyldige (Rolf 1991:120-). Veilederens likeverdige posisjon i kompetansesystemet, hang mer sammen med hvordan veiledningen bidro i postens praksis enn av profesjon. Ansatte viste at de støttet hverandre, og deres engasjement i hverandres praksis bidro til å danne og bekrefte deres fellesskap og felles ansvarlighet for pasienter og studenter. Studentene erfarte veilederne som et tverrprofesjonelt praksisfellesskap. De *paradigmatiske baner* (Wenger 1998:156/2004:181) som studentene fikk tilgang til, var preget av at Studenttett post hadde endret seg fra å være en tradisjonell medisinsk post til en virksomhet der læring stod sentralt. I kapittel 7.3 går jeg nærmere inn i studentenes deltakerbaner i profesjonens praksis og postens tverrprofesjonelle fellesskap.

Samlet sett viser analysene av materialet fra Studenttett post, et kompetansesystem som åpner for det Wenger (1994:154/2004:179) omtaler som *inngående deltakerbaner* i lokal praksis. De formelle ansvars- og myndighetskrav var ikke tilsidesatt, men avgrenset heller ikke deltakernes engasjement. Kompetansesystemet gjenfinnes ikke uten videre i den omfattende litteratur i profesjonssosiologi knyttet til profesjoners og profesjonelles innbyrdes forhold, kontroll, makt og status (Etzioni 1969; Freidson 1970b; Larson 1977; Witz 1992) og deres konkurranse og konflikter om jurisdiksjon (Abbott 1988). Kompetansesystemet ved Studenttett post var ikke kjennetegnet av grensemarkeringer og hierarki. Grensene er mer å forstå som krysningsområder der det ble dannet relasjoner og fellesskap (Wenger 1998:103-/2004:124-) mellom profesjonene. Her åpnet tverrprofesjonelle praksisfellesskap for at ansatte og studenter var kompetente deltakere i meningsdannelse og -forhandling om postens praksis.

7.2.2 Kompetansesystem ved Lien

Dette avsnittet beskriver Liens kompetansesystem som nærmest var delt i to som felles interessefelt for pasienten. En del var knyttet til pasientenes indremedisinske problem, der legene og sykepleierne var aktører. Legene var lite synlig til stede og var overordnet andre. Todelingen ga sykepleierne en tydelig plass i pasientarbeidet. Mens de andre profesjonene stod sterkt i den andre delen i postens kompetansesystem, rehabilitering. Personalet så hverandre som kompetente deltakere innen profesjonen. Deltakernes posisjoner var ikke alltid helt synlige, da det var få møter ansikt til ansikt og begrenset meningsforhandling. Dette

gjorde at de ikke helt kjente hvilken betydning andre tilla profesjonens bidrag. Lokalt så ergoterapeutene ut til å ønske å arbeide for styrke profesjonens anerkjennelse.

Kapittel 5.2 og 6 viste at pasientenes indremedisinske problem var et felles interessefelt for legene og sykepleierne. Foran i avsnitt 7.1.2, så vi at legene bidro i utvikling av Liens kompetanseområder som dysfagi og kognitiv svikt. Legenes kompetanseutvikling var knyttet til andre profesjonsvise arenaer, som er vanlig i sykehus. Jeg forfølger ikke dette nærmere i avhandlingen. Ved Lien deltok legene i felles møtefora og brukte elektronisk pasientjournal. Ellers var de lite fysisk synlige i daglige aktiviteter og pasientarbeid. Berg (1996,1997,1999a) har vist hvordan mye av legers arbeid skjer uten at pasienten er stede. Leger bruker mye tid på å innhente, vurdere og sammenstille materiale om pasienten og nesten konstruerer pasienten. Slik var det også ved Lien, hvor legene i hovedsak arbeidet fra sine kontorere. I hverdagen samhandlet legene mer direkte med sykepleierne enn med de andre profesjonene. Disse to profesjonene samhandlet i hovedsak under og i tilknytning til Previsitt og Legevisitt, og selvsagt hvis pasienter hadde akutte behov for legetilsyn. Fredag ettermiddag var legene innom vaktrommet for å sjekke om de måtte se til en pasient og undertegne noe før helgen. Blant legene og sykepleierne var det en god tone, og de kontaktet hverandre ved behov. De tok da gjerne en telefon for å avklare endringer i pasientens tilstand og medikamentell behandling. Ergo- og fysioterapeutene tok helt unntaksvis kontakt med legen og omvendt, som vist i kapittel 5.2. Hverdagen var preget av fredelig sameksistens, der de respekterte hverandre og stolte på hverandres oppgaver og praksis.

Hver fredag var det spleiselag for postens pleiere og leger på vaktrommet. Pleierne sørget for et veltillaget måltid. I lunsjen gikk praten om løst og fast, og stemningen var god og uformell. Fredagslunsjen var markert mer sosial og trivelig enn Tverrfaglig møte (kap.5.2.1). Formen i Previsitten skilte seg fra Tverrfaglig møte. Previsitten ble ledet av legen, og var en åpen og hyggelig samtale mellom lege, en til to sykepleiere og en sykepleierstudent (kap.5.2.2). Her var det rom for å foreslå, spørre og forklare. Underveis brukte legen elektronisk journal til å sjekke prøvesvar og bestille undersøkelser. Sykepleierne og legene viste også til Tverrfaglig møte og møter med pasient og pårørende. I feltarbeidet så jeg at legene gjerne forklarte og svarte på spørsmål fra sykepleierne/-studentene. Et utsnitt fra en Previsitt illustrerer at legene prøvde å forbinde medisinske forhold med pasientens problem som sykepleierne kjente:

Eksempel 13

Svein-Lo Hvordan går det med Jensen?

Ruth-S På Tverrfaglig ble det sagt at han ikke vil få plass på dagsenter, hvis han ikke vil delta på gruppetrening. Han trenger oppfølging av psykiatrisk sykepleier i kommunen

Svein-Lo Jeg skal sjekke hvordan vi skal henvise til dette. Eventuelt kan psykiatrisk sykepleier komme hit før utreisen

Ruth-S Ja, det er ikke bare trening pasienten trenger. Han er deprimert, og pårørende ønsker oppfølging av psykiatrisk sykepleier. Har misbrukt medisiner før innleggelsen.

Svein-Lo Vi har seponert medisiner gradvis her. Han er vurdert av smerteklinikk, så det er ok å trappe ned og å være uten medisiner. Det er tatt ultralyd av [blod-]kar. (Svein sjekker resultat i EPJ). Tyder på at det er subclavia¹⁰⁷ syndrom. Forklarer at dette skyldes stenose i arteria subclavia, og gjør at ved bruk av armen, så kan pasienten bli svimmel og uvel. Skyldes at hjernen får lite blod på grunn av stenosen.

Ruth-S Pasienten har også nedsatt hørsel og har fått time på spesialavdeling for vurdering. Ergoterapeuten følger opp at hørselshjelpemiddel kommer på plass hjemme.

Jane-Ss fortalte meg etterpå at hun lærte mye av legenes forklaring og sammenstillinger.

Denne gang ble sykepleierstudenten oppmerksom på at fysisk prestasjon hang sammen med flere ting som blodtilførsel til hjernen og medisinbruk. Jeg la merke til at pasientens problem med nedsatt blodtilførsel og misbruk av medisiner ikke ble utdypet i Tverrfaglig møte. Under gruppetreningen så jeg at denne pasienten ble uvel og satte seg. I Tverrfaglig møte ble pasientens lave motivasjon bemerket. Temaene i disse to møtefora viser også todelingen av interessefeltene ved posten som kom frem i kapittel 5.2.2. Det var typisk og forventet at legene var mer aktive i møtet når tema var klinisk medisin.

Medisinske kunnskaper ble lagt til grunn i legenes vurdering av pasientenes problem, behandling og sykdomsutvikling. I mindre grad ble legenes perspektiv trukket inn i diskusjon med ergo- og fysioterapeutene og enda mindre med deres studenter. På samme måte som andre, redegjorde legene sjelden for sammenhenger mellom sin vurdering og kunnskaper i Tverrfaglig møte (kap.5.2). Legenes bidrag ble vektlagt selv når det ikke kom frem i direkte samhandling. I kapittel 6.2 viste jeg betydningen som elektronisk pasientjournal (EPJ) hadde for at aktørene kunne ta del i profesjoners vurdering og kunnskaper om pasientene. I deltakernes praksis kunne derfor legenes bidrag inngå uten at dette ble tydelig i Tverrfaglig møte. Atwal og Caldwell (2002) fant i sin aksjonsforskning at felles, tverrprofesjonell dokumentasjon er avgjørende, men ikke tilstrekkelig, for å lage integrerte pasientforløp. De etterlyser at aktører former mål, deler informasjon og kjenner andres handlingsgrunnlag. Ved Lien var EPJ sentral for å forbinde profesjonenes praksiser. Delvis kan dette forklares med at profesjonene skrev for hverandre og ikke bare egen profesjon (kap.6.2.1). I tillegg gjorde

¹⁰⁷ Subclavia betyr under kravebenet, dvs blodåren går under kravebenet

tverrprofesjonelle kompetanseområder at flere kunne være kompetente deltakere. Personalet deltok og formet handlingsreglene for Liens praksis. I 7.1.2 så vi at de som var deltakere, var dette i kraft av å ha deltatt i utvikling av kompetanseområdene og ikke på grunn av profesjon.

Sykepleier-, ergoterapeut- og fysioterapeutstudentene hadde klare oppfatninger av at både medisinsk kunnskap og leger hadde høy status. De mente at dette var synspunkt som de hadde før praksisperioden. Dette passer godt med funn i forskning om studenters holdning og stereotypier av hverandres profesjoner (Tunstall-Pedoe et al. 2003; Mandy et al. 2004; Hean et al. 2006b). Samtidig hevdet studentene ved Lien at de ikke ønsket å tillegge legen en overordnet posisjon, og at alle profesjoner var like viktige i pasientarbeidet. I praksisperioden erfarte studentene at profesjonelle var autonome i bruk av kunnskaper og i arbeidet. Liens praksis illustrerer hvordan profesjoners lokale arbeidsfordeling speiler deres lokale jurisdiksjonsområder (Abbott 1988). Med andre ord anerkjente personalet hverandre som kompetente deltakere innen deres profesjons ansvarsfelt.

Sykepleierne og ikke bare legene, var mer aktive i Previsitten enn i Tverrfaglig møte, slik som i illustrasjonen foran viste. Flere av sykepleiernes oppgaver var knyttet til indremedisinske problem. Eksempelvis registrerte de blodsukkerverdi, blodtrykk, væskeinntak og ernæring og virkning av medikamentell behandling. Sykepleierne trakk inn medisinske perspektiv i daglig pasientarbeid og vurdering. Liens praksis fremmet utvikling av hva Wenger (1998/2004) beskriver som gjensidige ansvarlige relasjoner, mellom legene og sykepleierne. Previsitten viste at legene tilrettela for at sykepleierne kunne bruke medisinske perspektiv i sin praksis. Og sykepleierne delte sine vurderinger fra pasientmøtene med legene. Et poeng å legge merke til er at i Previsitten tok sykepleierne opp medisinske forhold, men også psykososiale utfordringer uten at de tok opp disse i Tverrfaglig møte. Miller, Reeves, Zwarenstein et al (2008) peker på at sykepleiere unnlater å ta opp hva de kaller sykepleiernes emosjonelle arbeid, fordi dette er vanskelig å formidle strukturert i møter. Eller for å bruke Wengers begrep, det var for krevende å tingliggjøre deres praksis. Dette er ikke helt i tråd med hva jeg fant. Ved Lien kunne sykepleierne tingliggjøre sin erfaring, og de viste dette både i elektronisk journal og i Previsitten. I kapittel 6 så vi at de andre vektla og brukte sykepleiernes journalnotat i sin meningsdannelse. Liens praksis med bruk av skriftliggjøring og effektive Tverrfaglige møter, førte til at kompleksiteten i pasientens situasjon kunne bli forenklet, og derved også grunnlaget for vurdering og tiltak.

Samhandlingen mellom legene og sykepleierne ved Lien bryter med Svensson (1996) som fant at leger og sykepleiere ikke diskuterer vurderinger og tiltak sammen og slik usynliggjør sin gjensidige avhengighet. Ved Lien var legenes og sykepleiernes gjensidige ansvarlige relasjon tydelig. De knyttet sammen de to profesjonenes vurderinger av medisinske forhold og mer psykososiale sider hos pasienten. Sykepleiernes og legenes relasjon gjorde at pleierne kunne trekke inn medisinske forhold i sitt daglige virke. Samtidig kunne legene bruke sykepleiernes tingliggjorte erfaring fra sine pasientmøter. Denne praksisen ga sykepleierne i tillegg til legene, en sterk plass i Liens kompetansesystem. Dette passer ikke helt med Allen (1997) som fant at sykepleiere allierer seg med andre for å styrke sin stilling i forhold til leger. Mine funn er mer i tråd med Pryor et al. (2009) som fant at sykepleiere prioriterer medisinske oppgaver og velger seg inn og ut av rehabiliteringsoppgaver. Sykepleierne ved Lien ga gjerne indremedisinske kunnskaper forrang i enkelte og i akutte situasjoner.

Ved Lien tilhørte sykepleiernes praksis to interessefelt: indremedisin og rehabilitering. Denne doble deltakelse styrket deres posisjon i kompetansesystemet. De var sentrale aktører i daglig samordning av postens drift, tilsvarende som ved Ringen. Andre profesjoner var avhengige av sykepleiernes mange gjøremål, at de fulgte opp tiltak, brukte Liens felles kompetanse og trakk inn mer medisinske perspektiv. I neste eksempel viser Jorid- Fs til sin metafor av Lien som en kjeldressfabrikk, der hver profesjon tok ansvar for sin bit. Hun brukte sammensyning av kjeledressen for å vise sykepleiernes stilling og betydning i pasientens oppfølging. Selv om hun observerte sykepleiernes arbeid lite, hadde hun tro på deres kompetanse og betydning:

Jeg antar at sykepleierne er veldig gode på samtale i og med at de får ut så mye informasjon og fanger opp så mange ting. Om stemninger og ting som kan være ille. At de tar seg tid til å sitte å lytte. Og de er og flinke til å observere ting. Veldig ofte så er det sykepleieren som har observert ting først, for eksempel, alt fra trykksår til stillinger i en hofte eller noe som ikke stemmer. Ja. Jeg tror ikke den kjeledressen hadde blitt sydd sammen uten sykepleierne. De er liksom hele kroppen. Ja. De har ansvar. Det er de som bruker tiden og er der rundt pasienten hele tiden, ikke minst. Men det kommer helt an på hvilken pasient, og de er ofte veldig sammensatte på den posten. Alt er viktig. Hos noen er logoped likestilt med fysioterapi for eksempel eller ergoterapi og hos andre kan det kanskje være viktig med andre ting. Men i og med at sykepleierne faktisk kan trene med pasienten på kvelden, gå i trapp og gå, å få pasienten i gang, og kle på, så er det nesten slik at de kunne klart seg med lege og sykepleier. Også kommer dette med ergoterapeuter og fysioterapeuter som spesialbehandling inn der de har tid til det. Hvis det hadde vært supermasse nedskjæringer, så tror ikke jeg at det hadde vært sykepleieren som hadde gått først. Da tror jeg heller det var noen ergoterapeuter og fysioterapeuter de hadde kuttet hvis de måtte ta vekk hele faggrupper.

Dette eksempel illustrerer legenes og sykepleiernes sterke posisjoner i forhold til de andre profesjonene. Legenes posisjon fulgte i kraft av deres formelle ansvar og medisinske kunnskaper. Sykepleiernes stilling fulgte av at de koordinerte driften og forbandt Liens to

interessefelt for pasientene. For studentene avgjorde formelt ansvar og myndighet i stor grad hvem de tillia sterke posisjoner. Anerkjennelsen av sykepleierne stemmer ikke helt med andre undersøkelser av sykepleieres erfaring innen rehabilitering (Long et al. 2002; Pryor 2005, 2008; Pryor et al. 2009). Disse fant at sykepleiere opplever at deres arbeid ikke er verdsatt av andre som ergo- og fysioterapeuter. Ved Lien ble sykepleiernes kunnskap om emosjonelle sider i pasientens situasjon ofte vektlagt. De fikk også uttelling for å følge opp opptrening og medisinsk behandling. Sitatet over illustrerer dette. Anerkjennelse av sykepleierne viste seg også ved at andre brukte deres notat i elektronisk journal. Sykepleiernes plassering i kompetansesystemet er klart forbundet med hvordan de håndterte denne doble utfordring.

Sitatet fra Jorid-Fs berører også at ergo- og fysioterapeutenes bidrag ble anerkjent av de andre profesjonene. Men i interessefeltet indremedisin var de to profesjonenes kunnskap nærmest et tillegg. I meningsforhandling i Tverrfaglig møte var ergo- og fysioterapeuter, og også logoped, kompetente deltakere (kap.5.2.6). Beslutninger og plan for hva som skulle skje med pasienter, ble gjort på grunnlag av deres utredning og vurdering. Indremedisinsk kunnskap kom da i bakgrunnen. Fysioterapeutens vurdering av pasientens fysiske funksjon ble vektlagt av legene og sykepleierne. Men trekk tyder på at ergoterapeutene ikke alltid erfarte at deres bidrag ble tillagt tilsvarende betydning. I veiledersamtalen var for eksempel Marit-E raskt på banen da Ruth-S sa hva fysioterapeut og sykepleier kunne og vurderte:

Ruth-S For eksempel når noen leger spør om pasientens aktivitet og fremgang. Er det kanskje fysioterapeuten, som har trent med pasienten, som vet mye om slike ting. Og så hvis det er andre ting, for eksempel med påkledning og i stell og medisiner, da vet de at sykepleiere var bedre enn fysioterapeuten. Når det er kognitivt så er der ergoterapeuten, ikke sant.
Marit-E Men vi [ergoterapeuter] sitter også med mye kunnskap om påkledning, forflytning og vi har sett det i møtet med pasienten. Vi trener jo det fysiske som håndtrening og.

Under feltarbeidet syntes profesjonenes oppgavefordeling klar. Men i fokusgruppesamtalen med veilederne kom det frem at ergoterapeutene opplevde at deres oppgave- og kunnskapsfelt ikke ble forstått fullt ut, sammenliknet med sykepleierne og fysioterapeutene. I avsnitt 5.2.4 og 7.1.2 var jeg inne på at PADL delvis var felles område for ergoterapeuter og sykepleiere.

Fysioterapeutenes utredning og tiltak hadde fokus på funksjon som gange, bevegelse, styrke, balanse og utholdenhet. Denne type funksjoner passer i en biomedisinsk forståelse av rehabilitering (Kvigne, Kirkevold & Gjengedal 2005). Kunnskapsbasen i fysioterapi har et sterkt innslag av biomedisinske perspektiv (Higgs, Smith, Webb, Skinner & Croker 2009:9,

25). Rammeplanene for disse utdanningene¹⁰⁸ viser også dette. Disse forholdene kan gjøre at ergoterapeutene erfarte at profesjonene ikke var helt sidestilt. I eksemplet over brukte Marit-E håndtrening for å få frem at fysisk trening er noe som ergoterapeuter kan og gjør. Jeg fulgte flere pasienter når de trente hos ergo- og fysioterapeut. Da så jeg at fysioterapeutene hadde utstyr i et område der de trente håndfunksjon. Ergoterapeutene trente håndfunksjon på treningsrommet i tillegg til i daglige gjøremål som i kjøkkenet. Av og til lånte de et elektrisk apparat for muskelstimulering fra fysioterapien. Fysioterapeutene viste da kort bruken av apparatet. Jeg la også merke til at ergoterapeutene tidvis trente balanse. Flere ganger undret jeg om de trente det samme. Det var også tilfeller der jeg tenkte at her jobber de ikke helt i samme retning. Slike hendelser kan være uttrykk for at oppgavefordelingen mellom ergo- og fysioterapeutene ikke var så entydige som eksempelvis Tverrfaglige møte og hovedtrekkene i kapitlene 5.2 og 6.2 ga inntrykk av. Booth og Hewison (2002) fant i en intervjuundersøkelse at de to profesjoners behandling etter hjerneslag overlapper. Videre er fysioterapeuters rolleforståelse klar, mens ergoterapeuter er mer usikre på sin rolle og mener at de lett blir misforstått. Dette siste får de støtte i fra flere fysioterapeuter. Mine analyser kan også sees i lys av at ergoterapi er yngre enn fysioterapi, hvilket gjør profesjonens oppgaver og kunnskapsfelt mindre kjent. I så fall kan ergoterapeutenes påpekning av hva profesjonen kunne og gjorde, tolkes som markering av jurisdiksjon (Abbott 1988) og som grensearbeid (Gieryn 1983). Det ser ut til at ergoterapeutene ved Lien søkte å styrke sin plassering i kompetansesystemet.

Ergoterapeutene var opptatt av at deres profesjon var mindre kjent enn de andres. Lederen for ergoterapeutene bemerket til meg at det var færre ansatte ergo- enn fysioterapeuter, uten å nevne at sosionom og logoped var enda færre (kap.4.2.2). Under feltarbeidet erfarte jeg at ergoterapeutene ønsket å lære bort hva de kunne og bidro med i utredning og tiltak. En gang i måneden underviste de om hva ergoterapi er og særlig i somatiske avdelinger. Forelesningen var åpen for nyansatte og studenter. I feltarbeidets andre uke deltok logoped-, sykepleier-, ergo- og fysioterapeutstudenter samt en sykepleier og jeg. Ingen andre tilbød slik undervisning. Jeg ser det som en måte å løfte frem verdien i ergoterapeuters kunnskaper og arbeid. I fokusgruppen kom det frem at fysioterapeutens vurdering av pasienters problem ble vektet mer enn ergoterapeutens. En måte å tolke dette er at ergoterapeutens bidrag ikke alltid

¹⁰⁸ http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/rapporter_planer/planer/2006/rammepaner-for-hovere-utdanning.html?id=587302

passet med biomedisinsk forståelse av rehabilitering. To utsnitt fra veiledersamtalen speiler dette.

Eksempel 14

Marit-E Både faggruppe og person, tror jeg. For det er enkelte [leger] som bare spør fysioterapeutene i forhold til funksjon. Det kan hende at vi andre blir hoppet glatt over, både logoped og ergoterapeut, sosionom. Fysioterapeutene, ja, for enkelte så veier de tyngre på en måte, tror jeg.

Sylvia-F Det er vel kanskje ikke fordi man tenker at den ene faggruppen er bedre enn den andre. Men jeg vet ikke jeg. Men igjen kommer det an på person, gjør det ikke det?

Marit-E Og kjennskap til faggruppen, hva de driver med, kanskje

Sylvia-F Ja

Marit-E Det er ikke alle som kjenner så godt til hva ergoterapi er

Sylvia-F Det er lettere for dem å tro det når pasienten er på rehab, for mange så er rehabilitering veldig synonymt med fysioterapi. Men det er nok litt hva de legger i det

Marit-E Ja

Litt senere kom fysioterapeuten inn på betydningen av fysioterapi:

Sylvia-F Men i forhold til å komme hjem, så er det vel litt slik, kanskje de tenker: 'det ikke er noen å komme hjem til', for eksempel. Så blir det at pasienten kan komme hjem, eller hvordan de klarer seg mer mot det fysiske. Og så tenker de fysioterapeut, ja, i forhold til det med daglig funksjon. Og å klare seg i hjemmet etterpå, utenfor her. Jeg vet ikke jeg. Hvis ikke de har svelgeproblemer, så blir på en måte ikke logopeden like livsviktig for funksjon utenfor institusjonen. Mens faller de hver gang de skal reise seg, så er det mye verre på en måte.

Rundt bordet blir det sagt mm

Ergoterapeuten mente at andre og særlig legene, ikke kjente tilstrekkelig til ergoterapi. Her glattet Sylvia-F over forskjellsbehandlingen ved å gjøre den personavhengig og ikke til en rangering av profesjonene. Senere trakk hun frem balanse som avgjørende for om pasienter kan klare seg hjemme. Ved å løfte frem fysisk funksjon styrket hun fysioterapeutenes bidrag. Fysioterapeuten nevnte ikke at kognitive vansker kan hindre daglig aktivitet og stoppe pasienter fra å komme hjem¹⁰⁹. I så fall ville ergoterapeutenes bidrag vært kritisk avgjørende. Vi kan forstå dette som forhandling om kompetanse og posisjon i det lokale kompetansesystem (Wenger 1998:136-/2004:160-) Det er også andre eksempler som kan tolkes som ledd i forhandling om hva kompetanse var i Liens praksis. Både ergoterapeutene og ergoterapeutidentene bemerket at sykepleierne la vekt på medisinske perspektiv, og at deres oppfølging av ergoterapitiltak var utilstrekkelige (kap.5.2.4). Samtidig trakk de frem ergoterapi som et nyttig perspektiv for å gjøre pasienter selvstendige. I så fall betyr dette at ergoterapeutene tidvis hadde mindre innflytelse i meningsforhandling, og at de hadde en svakere posisjon i Liens kompetansesystem. Det er et poeng å merke seg forskjellen i ergoterapeutenes erfaring ved Lien og Studenttett post. Ved Studenttett post erfarte

¹⁰⁹ Betydning av ADL og kognitiv funksjon for å klare seg hjemme, for eksempel <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Hjerneslag/Rehabilitering+og+behov/Aktivitet+og+deltagelse/Daglige+aktiviteter>

ergoterapeutene at de og deres bidrag var verdsatt til forskjell andre steder (kap.7.2.1). Det ser ut til at de opplevde at ergoterapi var utydelig i Liens kompetanse. Andre har også pekt på at ergoterapeuter kan ha vansker med å nå frem (Finlay 2001; Robertson & Finlay 2007). Sammenholder jeg analysene knyttet til ergoterapeutenes posisjon, kan det se ut til at profesjonens oppfatning var at den ikke fikk tilstrekkelig anerkjennelse i somatiske avdelinger, og at Studenttett post var et unntak.

I Liens kompetansesystem ser det umiddelbart ut til at en biomedisinsk forståelse av rehabilitering lå implisitt. Dette syn betyr at fysisk opptrening er vektet mer enn pasientens deltakelse i eget liv (Lie 1996:30). Derfor er det et poeng at andre profesjoner brukte perspektiv fra ergoterapeutene for å forstå pasienters situasjon, eksempelvis når ergoterapeutenes vurdering av kognitive funksjoner påvirket planene for pasientforløpet. Dette kom frem i Tverrfaglig møte (kap.5.2), i bruken av Funksjonsskjema (kap.5.2.5) og av elektronisk pasientjournal (kap.6.2.1). Også ergoterapeutenes utredning og tilrettelegging av pasienters hjemmesituasjon ble brukt av andre. Anerkjennelse av ergoterapeutene viste seg ved at andre brukte sider ved ergoterapeutenes kunnskap om pasientens livssituasjon og mestring i hverdagen. I direkte samhandling var slik anerkjennelse lite synlig. Et utsnitt fra feltnotatene illustrerer at ergoterapeutenes notat fikk betydning for sykepleierstudentenes forståelse av pasientenes problem og ressurser:

Stine-Ss sitter på vaktrommet og leser notat fra ergoterapeut i EPJ og sammenligner dette med sitt eget journalnotat. Hun kommenterer høyt at hennes eget notat blir en negativ beskrivelse av pasienten. Pasienten blir passiv og uten initiativ. Egentlig er pasienten mer beskjeden, og han spørker når en blir kjent med ham. Stine retter utkastet til sitt notat. Hun leser at pasienten har malt bilder. Dette var en ny opplysning for Stine. 'Pasienten trenger mulighet for å ta opp hobbyen, kanskje det finnes et rullestolbord som kan brukes', sier hun til meg.

Det ser ut til at ergoterapeutene ikke alltid var klar over betydningen som deres kunnskaper hadde i andres praksis. Profesjonenes oppdeling av pasientens problem kan bidra til at det ble vanskelig å se utover konkrete, avgrensede oppgaver. Ergoterapeutenes forståelse av sin posisjon, kan henge sammen med at de savnet tilbakemelding om hvordan andre faktisk brukte deres bidrag. En faktor er at i Liens praksis var bruk av skriftliggjøring sentralt. Sykepleierstudentene ved Lien erfarte at det ikke var slik at sykepleierne kjente pasienten best, selv om de var der hele døgnet. Stine-Ss reflekterte over dette på denne måte:

Sykepleiere kan bruke den kunnskapen [hvordan pasienten har det] fordi man [sykepleier] kanskje ser pasienten litt mer. Men jeg synes egentlig ikke det er riktig på et sted som her heller. For den er mer intens den timen, føler jeg, som ergo- og fysioterapeut trener med pasienten enn vi. Det er ikke så mange pasienter jeg har vært sammen med en hel time sammenhengende. De [ergo-/fysioterapeut] har

muligheten til det, selv om man skal konsentrere seg om trening. Men jeg tror de lærer mye om personen om hvordan de er motiverte og hva de skal gjøre, også.

Sykepleierstudentene så ergo- og fysioterapeuter som en type eksperter, mens sykepleiere hadde en oppfølgende funksjon. Ergoterapeut- og fysioterapeut var sentrale i interessefeltet rehabilitering. Deres posisjon viste seg i deltakelsen i Tverrfaglig møte. Sykepleieledernes posisjon i møtet var ofte relatert til gjennomstrømming av pasienter (kap.5.2.7). Det var ikke gitt hvem som hadde mest relevant kunnskap om pasienten. For eksempel brukte fysioterapeutene ergoterapeutens ADL-vurdering for å lage pasientens mål for fysioterapi. Og ergoterapeutene trakk i sin trening på fysioterapeutenes balansetesting. Både legene, ergo- og fysioterapeutene brukte daglig notat fra sykepleieren før de gikk til pasienten (kap.6.3.1). Liens tverrprofesjonelle kompetanseområder viser at praksis var utviklet med kunnskapsbidrag fra flere profesjoner. Underforstått hadde ansatte tillit til hverandre. Deltakernes gjensidige anerkjennelse var ikke alltid tydelig, og kunne bestå i å bruke andres notat. Til daglig var det var litt skjult hvilke kunnskaper som ga uttelling i kompetansesystemet. Møtepraksis bidro til at opplevd og tillagt posisjon ikke alltid fremstod som helt sammenfallende.

Deltakerbanene (Wenger 1998:154/2004:179) som studentene kunne følge ved Lien, var preget av deltakernes tillit til profesjonenes autonome praksis og et todelt kompetansesystem. Todelingen svarte til felles interessefelt: indremedisin og rehabilitering. Den tredje delen i kapitlet viser at det ble tilrettelagt for deltakerbaner i profesjonens praksis for studentene.

7.2.3 Postenes kompetansesystem – oppsummering

I denne andre hoveddel i kapitlet har jeg søkt å få frem hva som var kompetanse og hvem som var kompetente deltakere ved Studenttett post og Lien. De tverrprofesjonelle kompetanseområder var resultat av forhandling om hva som var kompetanse i postens praksis.

Kompetansesystemet (Wenger 1998:136-/2004:160-) ved Studenttett post speiler at aktørene kunne påvirke vurderingskriteriene for praksis, dette vil si at de kunne være kompetente deltakere. En sterk posisjon i kompetansesystemet fikk de som bidro til forståelse av pasientens situasjon, og særlig de som bidro til andres utvikling og deltakelse. Deltakelse i meningsforhandling var i liten grad styrt av profesjonstilhørighet. Posisjonene var knyttet til deltakernes engasjement for læringsmiljøet. Dette handlet om å redusere usikkerhet som fulgte med når studenter utførte pasientarbeidet. Kompetansesystemet var preget av gjensidige ansvarlige relasjoner for både pasientforløp og studenters læring. De som bidro i andres læring og forståelse av pasientenes problem, ble ansett som kompetente deltakere. Dette gjorde at veilederne var sidestilt, uavhengig av profesjon. Vi kan si at kompetansesystemet åpnet for at også studentene var deltakere i meningsforhandling og praksisfelleskap. Kompetansesystemet var knyttet til kompetanseområdene tverrprofesjonalitet i pasientforløp og i studenters praksisstudier. Dette preget praksisfelleskapene ved Studenttett post.

Også tidligere kapitler har vist at i arbeidet med pasientforløp, ble det dannet felles interessefelt. Ved Studenttett post ble pasientforløp planlagt og fulgt med utgangspunkt i en felles vurdering av pasientens problem. Mens pasientforløp ved Lien ble formet og vurdert ved å to-dele interessefeltet rundt pasienten: indremedisin og rehabilitering. Aktørenes plassering i Liens kompetansesystem hang sammen med deres bidrag i interessefeltet og/eller i utvikling av felles kompetanseområder. Pasientenes sammensatte problem kombinert med legenes formelle ansvar og indremedisinske kunnskaper, ga legene en overordnet posisjon ved Lien og Ringen. Dette var som forventet, og i tråd med Abbott (1988) som vektlegger abstrakte teoretiske kunnskaper og deres symbolverdi i profesjoners samspill og konkurranse. Ved Studenttett post var legenes måte å inkludere andre, og særlig studentene i sine medisinske vurderinger, like viktig for legenes anseelse. Legenes måte å forklare og formidle viten styrket deres posisjon i kompetansesystemet. Lien skilte seg fra Studenttett post ved at her var indremedisinske forhold lagt til Previsitt, der lege og sykepleier deltok. Mens alle profesjonene deltok i interessefeltet rehabilitering, deltok legene og sykepleierne/-studentene i

interessefeltet indremedisin. Innlemmelsen av de to profesjonene i begge interessefelt bidro også til anerkjennelse, og tydeligst for sykepleierne. Legene var lite fysisk synlig i hverdagen ved Lien, hvilket også styrket sykepleiernes posisjon. Sykepleiernes samordnende funksjon i postenes drift fremmet deres stilling. Dette var mer markant ved Lien enn ved Studenttett post. Profesjonenes oppgavefordeling ved Lien bidro til dette. Og at sykepleierne var et bindeledd mellom interessefeltene medisin og rehabilitering, hvilket styrket deres posisjon.

Ved Lien var posisjonene i rehabiliteringsfeltet knyttet til bidrag for å selvstendiggjøre pasienter og utvikle felles kompetanseområder. I dette interessefeltet hadde profesjoner som ergo- og fysioterapeut en sterk posisjon. Liens praksis innebar anerkjennelse av og tillit til ansatte som kompetente deltakere innen sin profesjon. Vekt på skriftlighet og begrenset samhandling i direkte møter gjorde verdsetting av andres bidrag lite synlig. Hva den enkeltes kompetanse betød i postens og andres praksis kom ikke eksplisitt frem. Hvilke bidrag som ble anerkjent og ga uttelling i kompetansesystemet var nærmest underforstått. Få og korte møter og lite meningsforhandling ser ut til å gjøre deltakerne usikre på hva deres bidrag betød i andres praksis. Anerkjennelse av kompetanse og hvem som var kompetente deltakerne, kunne være skjult for aktørene i hverdagen. Tydeligst gjaldt dette for ergoterapeutene. Deltakernes gjensidige engasjement kom frem i utvikling av tverrprofesjonelle kompetanseområder. Til grunn for Liens kompetansesystem lå profesjonsvise fellesskap og tverrprofesjonelle fellesskap som utviklet felles kompetanseområder. Studentene var ikke i posisjon til å delta i meningsforhandling i Liens tverrprofesjonelle kompetansesystem.

En av forskjellene mellom Studenttett post og Lien var ergoterapeutenes stilling. Ved Studenttett post var ergoterapeutenes rolle tydelig, og deres bidrag i postens praksis ble anerkjent. Ved Lien var anerkjennelse av ergoterapeutenes kunnskaper og funksjon ikke like klar, og uklarheten var størst for ergoterapeutene selv. Dette hang sammen med møtepraksis og måten som elektronisk pasientjournal ble brukt. De andre profesjonene brukte elektronisk journal for å trekke inn ergoterapeutenes perspektiv for å forstå pasientens situasjon. Implisitt lå en anerkjennelse av ergoterapeutenes kompetanse. Profesjonenes samhandling var preget av tingliggjøring fremfor deltakelse, og denne praksis gjorde at ergoterapeutene ikke helt så at de var kompetente deltakere i interessefeltet rehabilitering. Ved Lien hadde ergoterapeutene en sterkere posisjon i kompetansesystemet enn de selv antok.

7.3 Studentenes deltakelse og læring

Med bakgrunn i postenes felles kompetanseområder og kompetansesystem, går jeg i denne tredje del nærmere inn på studentenes læring ved Studenttett post og deretter Lien. Først tar jeg opp studentenes tilhørighet i postens fellesskap. Neste tema er studentenes deltakerbaner i profesjonens praksis, så følger studentenes deltakerbaner i postens tverrprofesjonelle praksis.

7.3.1 Studentenes deltakelse og læring ved Studenttett post

Ved Studenttett post viser analysene tydelig studentenes tilhørighet og fellesskap over profesjonsgrensene. De deltok i flere fellesskap. Med få unntak engasjerte studentene seg i postens virksomhet, å skape pasientforløp og i hverandres læring. Postens praksis åpnet for inngående deltakerbaner i tverrprofesjonell praksis og kompetanseområder. Mer enn andre kunne sykepleierstudentene delta i profesjonens lokale fellesskap. Veilederens fortellinger var vesentlige for ergo- og fysioterapeutstudentenes forestilling av profesjonstilhørighet. Legestudentene hadde avgrensede oppgaver og er perifere deltakere. I deres bilde av fremtidig funksjon og tilhørighet var tidligere praksiserfaringer sentrale. Postens tverrprofesjonelle praksis åpnet for at studenter fulgte perifere deltakerbaner i andre profesjoners studentgruppe. Legestudentene avgrenset seg også her. Studentenes deltakelse i hverandres praksis, påvirker hvordan de forstår pasienters situasjon, profesjonens funksjon og fremtidig profesjonalitet.

7.3.1.1 Tilhørighet og fellesskap ved Studenttett post

Studentene tilhørte flere fellesskap. I et fellesskap kom deltakere fra samme profesjon. Et annet fellesskap var gruppen med ansvar for samme pasientgruppe. Dette tverrprofesjonelle praksisfellesskap utviklet studentene i praksisperioden. Studentene delte erfaringer og de støttet hverandres læring og pasientarbeid. Tilhørighet og trygghet var viktig for studentenes engasjement og involvering i virksomheten.

Studentene trivdes med at posten praksis ga dem stor grad av selvstendighet i pasientarbeidet. En viktig faktor var studentfellesskapet og fellesskapet av studentene og personalet. Et utsnitt fra intervjuet med Berit-Ss illustrerer studentenes engasjement:

Det er hektisk og det er aktivt, men der fikk vi på en måte prøvd oss så mye selv at jeg synes vi fikk et veldig realistisk forhold til å være sykepleier. Det var ikke slik at vi bare var studenter, men vi hadde ansvar for å komme gjennom dagen selv og.

Da jeg spurte om ansvaret var for stort, svarte Berit:

Nei, det synes jeg ikke. Jeg elsker det. Jeg syntes det var fantastisk, jeg, å ha så mye ansvar og på en måte være, jobbe så selvstendig som vi gjorde der. Ja, jeg stortrivdes. Jeg hadde det kjempefint,

virkelig. Men også var det at miljøet har mye å si når man er student. Og det hjelper at det er andre sykepleierstudenter man kjenner fra før, sammen. I tillegg til at det miljøet på Studenttett i utgangspunktet var ganske bra, tror jeg. For du ble veldig godt tatt imot. Og det er flere av oss i klassen som fortsatt har kontakt med en del av sykepleierne vi jobbet sammen med der. Det lager en veldig kul ramme rundt det å være student.

Kombinasjonen av mange studenter og at de nærmest tok over personalets pasientarbeid formet læringsmiljøet. Selv om sykepleiergruppen var langt større, erfarte ergo- og fysioterapeutstudentene at de var del av og sentrale i postens virksomhet. Studentene tok på alvor forventningene om deltakelse og den tillit som veilederne formidlet. Dette kom frem i studentenes engasjement i pasientarbeidet og i hverandres læring. Vi kan forstå dette som innordning (Wenger 1998:178/2004:206) i postens praksis. Dette brøt med studentenes syn på at praksisstudier ikke var å drifte en post. Men de likte å få og ta profesjonens oppgaver som passet med deres bilde av hva profesjonelle gjorde og måtte kunne. Hvis en student ikke møtte, fant de andre ut hvordan de kunne ivareta oppgaver og pasienter. Både veilederne og studentene bemerket at studentene ikke hadde fravær til forskjell fra andre praksissteder. Et sitat fra Berit-Ss illustrer dette:

Det var slik at vi visste at hvis ikke vi kom, hvis vi uteble, så manglet det folk. På en måte så er det ikke slik det skal være å være student, men jeg tror likevel, jeg at man vokser veldig på å ha det ansvaret ja

Tilhørigheten til posten bidro til gjensidig ansvarlighet både mellom de ansatte og studentene, unntaket var legestudentene. Legestudentene hadde svært liten kontakt med andre profesjoner, og de undersøkte få og utvalgte pasienter. Et eksempel omtalte Kari-Ls seg som *en flue på veggen*, hun var observatør i pasientarbeidet som hun var i Tverrfaglig previsitt (kap.5.1), begrenset tilgang til elektronisk journal, gjorde at hun nærmest var marginalisert (kap.6.3.4). Et hovedtrekk var de gode relasjonene som utviklet seg mellom studentene, og mellom studentene og de ansatte over profesjongrensene. Enkelte opprettholdt kontakten også etter avsluttet praksisperiode. Jan-S fortalte at sykepleierstudenter gjerne ville til Studenttett post:

Når studentene var på [skolens] øvingsposten med første-års studentene i høst, så hadde de anbefalt posten til dem. Nå var det venteliste for å komme hit.

Sykepleierstudentene søkte seg til Studenttett post, selv om de fleste pasientene var eldre, og speiler at studentene likte miljøet og oppgavene. Dette bryter med at sykepleierstudenter velger seg vekk fra arbeid med eldre pasienter (Rognstad 2006). Ergoterapeutstudentene var før praksisperioden skeptiske til å bruke morgenstell i ADL-vurdering. I forkant var enkelte fysioterapeutstudenter negative og antok at tverrfaglig innbar *mye svada*. Erfaringene fra postens praksis endret oppfatningene til studentene i de tre profesjonene.

Anerkjennelse av hverandres bidrag og opplevelse av profesjonens kunnskaper betød noe i virksomheten var viktige element for ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentenes tilhørighet, fellesskap og læring. Dette kan illustreres ved en ergoterapeutstudents fortelling om hvordan hun gruet seg og opplevde sitt første morgenstell, og at veilederne hjalp henne til å delta i postens praksis. Av de studenter som jeg traff, var Tuva-Es den som kviet seg mest til å være ved somatisk avdeling. En sentral faktor i Tuvas utvikling var erfaringene fra at hennes og profesjonens kunnskaper gjorde en forskjell i utforming av pasientforløp. Her kommer det også frem at Tuva-Es oppdaget at omsorg kunne være viktig:

Det var helt forferdelig, i hvert fall i begynnelsen. Da stod jeg nærmest og brakk meg, men det så ingen pasienter. Jeg klarte å være såpass diskré, eller jeg håper at ingen så det. Men det synes jeg var helt grusomt. Og jeg hadde gått og gruet meg hele sommerferien til den praksisen. Fordi alle de i klassen som hadde vært der sa: 'her må du gjøre stell, her er det daglig morgenstell. Du fungerer som hjelpepleier'. Så jeg hadde jo bygd opp så mye motstand og motforestillinger mot det her, da. Så første dagen hadde jeg forsvarsmuren oppe, ganske greit. Og det snakket jeg mye med veilederen om i etterkant. Og de var jo litt slik: åh, nei, hun her blir vanskelig å ha med å gjøre. Men så ble jeg veldig kastet ut i det på godt og vondt. Og jeg fikk en veldig bra kommunikasjon med veilederne mine. Og jeg tror og at det reddet mye, fordi jeg kunne nok ha fortsatt slik. Og jeg ble veldig irritert og lei meg, og ville bare slutte. Og spesielt når jeg ble kastet ut i morgenstellet, og kom inn på et rom fullt av gamle menn.

Jeg spurte: opplevde du at du var hjelpepleier? Og fikk til svar:

Nei, jeg gjorde ikke det. Fordi vi [ergoterapeuter] hadde et viktig fokus der. Det var en viktig grunn til at vi var der, vi skulle utrede om de kunne klare seg selv eller ikke.

I løpet av praksisperioden endret Tuva-Es sin negative innstilling til å være ved en somatisk avdeling og til postens praksis. Både Tuva og de andre studentene erfarte å være profesjonelle når veilederne trådte tilbake og overlot arenaen til dem. Senere i samtalen fortalte Tuva-Es at fellesskapet med sykepleier- og fysioterapeutstudentene i stor grad gjorde at hun fullførte praksisperioden. Vanligvis var to og to studenter sammen om et par pasienter før de fikk eneansvar. Det å overta profesjonens oppgaver beskrev studentene med uttrykk som *å bli kastet ut i det*. Det var en støtte for dem at alle hadde lignende opplevelser. Deres gjensidige støtte krysset profesjonsgrensene, og var særlig tydelig for dem som hadde samme pasientgruppe. Inkludering i et tverrprofesjonelt fellesskap gjorde at for eksempel Tuva-Es dannet et nytt og positivt bilde av ergoterapeuters betydning og funksjon ved sykehus.

Ved posten delte studentene sine opplevelser og støttet hverandre i å være profesjonelle. Et typisk trekk er at de anga profesjonen uten å skille mellom studenter eller ansatte. Praksis tilrettela for *inngående deltakerbaner* (Wenger 1998:154/2004:179) i postens fellesskap. Studentene erfarte at deres og profesjonens bidrag ble anerkjent, og at de hørte til ved posten. Dette skilte seg fra andre praksissteder, hvor de ikke ble innlemmet i postens fellesskap og

praksis. Analysene viser en tilsvarende forskjell mellom Studenttett post og Lien. Andre steder var det fellesskap innen profesjonen som var viktigst. Slik beskrev Pia-Ss denne forskjellen i praksisstedenes fellesskap:

Så fikk jeg og kontakt med ergo, fysio og lege som et team. Det var det heller ikke på neste post. Der var sykepleierne ett team, og legene ett. Det var nesten litt fighting. Ja. Det var slik når legene kom inn på vaktrommet, så var det litt: Uff hvorfor skal de sitte her. Det var et helt annet miljø. Det var litt rart. På den neste posten, så virket det veldig slik: Vi er best og vi kan mest om ting og tang, blant legene. Ja. De var mer som: Har du ikke spisset blyanten før jeg kom. Og var litt mer irettesettende. Vet du ikke hva det er forresten'. Ja, var litt mer slik: Hent det, gjør det, hent den mappen der, gjør klar apparatet.

Studentene sammenliknet hvordan profesjonelle anerkjente hverandre ved andre praksissteder som kontrast til Studenttett post, der de ble innlemmet i et tverrprofesjonelt fellesskap.

Hendelser som i sitatet over, oppfattet de som markering av at sykepleiere, ergo- og fysioterapeuter var underordnende, og ikke at de som studenter ble utestengt. Deres eksempler av profesjonenes forhold andre steder var preget status, makt og markering. Disse beskrivelser passer mer med fremstillinger av profesjonelles og profesjoners relasjoner som konkurranse og spill om jurisdiksjon, makt, status og innflytelse (eks. Abbott 1988; Freidson 1970a, 1970b; Witz 1992) og deres grensearbeid (Gieryn 1983, 1999). Kompetansesystem og felles kompetanseområder åpnet for å utvikle og tilhøre tverrprofesjonelle praksisfellesskap. Vi kan si at studentene følger *inngående deltakerbaner* (Wenger 1998:154/2004:179) i postens praksisfellesskap. Opplevelse av tilhørighet og trygghet bidro til at studentene engasjerte seg og viste ansvarlighet i postens virksomhet.

7.3.1.2 Deltakerbaner i profesjonens praksis ved Studenttett post

I avsnittet ser jeg nærmere på studentenes mulige deltakerbaner i profesjonens lokale praksis. Sentralt i studentenes læring var diskusjoner i profesjonens studentgruppe og med veileder. Legestudentene var til stede i legenes læringsfora, men deres deltakelse var avgrenset og perifer. De og sykepleierstudentene hadde mulighet til å samhandle med flere erfarne i sin profesjon. Andre studenter hadde ikke denne muligheten. Profesjonsvise fellesskap var viktig i studentenes læring og hjalp dem til å være profesjonelle i møte med pasienter og andre profesjoner.

I fellesskapet som bestod av profesjonens studenter, var deres veileder/e mer eller mindre inkludert som profesjonens representant. I disse fellesskapene gjaldt engasjementet å lære og bruke profesjonens kunnskaper. Både tema og språk bar preg av profesjonens kunnskapsfelt.

Jeg la merke til at studentene formulerte seg annerledes og mer profesjonsspesifikt når pasienten og andre profesjoner ikke var til stede. Betydningen av slike profesjonsvise møter i studentenes læring kan fire eksempler fra feltnotatene, ett fra hver profesjon, illustrere.

Ergoterapeutstudenter og veileder diskuterer metodisk bruk av aktivitet. En student bruker morgenstell som eksempel. Veileder supplerer med at hvis pasienten plutselig vil drikke eller til WC, så blir det en ny og selvvalgt aktivitet. Det ville gi mer informasjon å analysere. Studenten presiserer Å tilrettelegge for observasjon av en aktivitet som morgenstell, er en metode. En annen student peker på at analyse handler om å tenke mer på hvordan og hvorfor aktivitet mestres. En tredje føyer til at de måtte tenke hvorfor velger en aktivitet i forkant og være forberedt på hvordan det blir gjort.

Ergoterapeutstudentene diskuterte her Aktivitet både som fenomen og som del av deres kartlegging, vurdering og tiltak. For studentene var det meningsfylt å forstå Aktivitet fordi dette var sentralt i ergoterapeutenes kunnskapsfelt og i deres lokale praksis. I samtalen hjalp veilederen studentene til å sette ord på hva de kunne. Dette er en type kunnskapsutvikling som gjorde at studentene kunne være profesjonelle både i møte med pasienter og i meningsforhandling med andre profesjoner.

Blant fysioterapeutstudentene var tema ofte konkrete problem og tiltak for en pasient. Det var også vanlig å ta utgangspunkt i et organ og en funksjon som i eksemplet under. Veilederen var med og sikret at sentrale poeng ikke ble utelatt som en diagnose og kontraindikasjon. For å være profesjonell, trengte studentene å forstå sammenhenger mellom avvik i funksjon og behandling/trening. Slik sammenkjeding av teori og klinikk brukte de i pasientarbeidet og i diskusjon med andre profesjoner, men da var formuleringene mindre fagspesifikke.

Fysioterapeutstudentene planlegger neste ukes undervisning for hverandre. Tema er hofte og kne. De setter opp fire punkt som de fordeler mellom seg: anatomi – undersøkelse – patologi – leddproteser. De blir minnet om lårhalsbrudd, og de føyer dette til listen. En student spør om de skal ta med muskler som piriformis¹¹⁰ og refererte smerter¹¹¹. De andre er enige, nikker og sier ja. En av dem foreslår å ta med lokalisering og antall smertepunkt. Men de andre mener nei, det er fibromyalgi¹¹².

Legestudentenes samhandling med fremtidige kolleger var preget av diskusjon om hvilke kliniske undersøkelser som var relevante og aktuelle, samt hvilke resultat og symptom som talte for/imot en diagnose. Et fokus var medikamentell behandling, virkning og bivirkninger. Slike spørsmål og svar om kliniske forhold var vanlig blant legestudentene og legene. Klinisk medisinsk kunnskap var avgjørende for å vurdere pasienters tilstand og behandling. Studentene prøvde å forstå hvordan de kunne bruke slike sentrale kunnskaper som lege.

¹¹⁰ Musculus piriformis er en muskel som er med å bevege hofteleddet.

¹¹¹ Referert smerte: årsaken til smerte er lokalisert et annet sted enn der smerten føles å være.

¹¹² Fibromyalgi: en kronisk tilstand der en har smerter i ulike deler av kroppen over lang tid.

Legestudenten spør om det er vanlig med svimmelhet pga ortostatisme¹¹³? En lege svarer at det også kan skyldes blodtrykksmedisin. Studenten spør inntre det en skade som ikke kan reverseres?. Overlegen sier nei, og forteller: det er en blanding, pasienten har svimmelhet uten intervenering. Og en ser svimmelhet hos en del med Betablokkere¹¹⁴, som reduserer blodtrykket. I en 5 års prognose blir det fall, som kan gi lårhalsbrudd. Han viser til en stor studie i England som undersøkte forebygging av hjerneslag med blodtrykksmedisin, der de fant at den kan gi 20 andre årsaker til død.

Endring i pasientens tilstand som sykepleierstudentene hadde registret, var ofte utgangspunkt for diskusjon. Veiledernes spørsmål og bekreftelse var viktig støtte i studentenes forståelse av situasjonen, og hva de kunne/ikke kunne gjøre, særlig hvis pasienten ble dårligere. Denne type diskusjon kunne forbinde kunnskaper om endring i pasienters tilstand og etiske vurderinger. Studentene brukte også slike perspektiv når de hjalp pasienter og i meningsforhandling med studenter fra sin og andre profesjoner.

En sykepleierstudent tar opp at en pasient med KOLS¹¹⁵ inne mellom er uklar og dårlig. En annen student mener pasienten trenger hjelp i stellet, og har blitt sår på setet. Hun får støtte av en sykepleier om at hun skal få hjelp og slippe å bruke krefter i stellet. Samtidig peker hun på at det er lav O₂ metning¹¹⁶. En student sier at pasienten sitter mye og blir derfor sår, og foreslår en trykkavlastende madrass. En annen sier pasienten er utrygg på hva som skjer. Egentlig ønsker hun å komme hjem, men det er umulig. Sykepleieren støtter dette, og viser til at pasienten nå får antibiotika intravenøst og maksimalt 1 liter O₂.

Disse fire illustrasjonene fra feltnotatene synliggjør hvordan deler av profesjonens kunnskaper kunne bli artikulert i profesjonens studentgrupper. Her kunne studentene og veilederne ta opp hva de la til grunn i sin problemfastsetting og vurdering. Studentene erfarte at veiledernes spørsmål som *hvordan* og *hvorfor* skapte utfordringer og var nyttige for deres læring. Studentenes engasjement i pasientens situasjon var gjerne utgangspunkt for å utvikle kunnskaper sammen. De profesjonsvise samtaler synliggjør hvordan know-how er knyttet til profesjonens handlingsregler og videreføres i profesjonen (Rolf 1991:118-), og betydningen av å kunne bruke språket i utvikling av personlig kunnskap (Polanyi 1962). Disse møtene åpnet for å få frem ferdigheter og handlingsgrunnlag i pasientarbeid. Her kunne studentene og veilederne å få støtte til vurdering og sikre at pasienter ble forsvarlig ivaretatt. Studentene fikk anledning til å vise frem hva de kunne, og det ble synlig hva de trengte å lære. Vi kan forstå slike profesjonsvise samtaler som bidrag i studentens *inngående deltakerbaner* (Wenger 1998:153-/2004:179) i profesjonens praksis. Samtalene og diskusjonene var med å skape

¹¹³ Ortostatisk reaksjon: svimmelhet og andre symptomer, forårsaket av at blodtrykket faller når man reiser seg.

¹¹⁴ Brukes ved høyt blodtrykk, hjertesvikt, angina pectoris, migrene, skjelvninger. Virker også stabiliserende på hjerterytmen.

¹¹⁵ KOLS: samlebetegnelse på en gruppe kroniske lungesykdommer med redusert luftstrøm gjennom luftveiene.

¹¹⁶ O₂ metning viser til blodets oksygeninnhold som påvirkes av nedsatt lungefunksjon. Normal oksygenmetning er 97-99%.

grunnlag for at studentene kunne være profesjonelle i samhandling med pasienter, studentene og personalet.

Studentgruppene hadde noe ulik mulighet for å samhandle med profesjonens ansatte. Legestudentene fulgte postens leger og var med i legenes møter. De samtalte med leger under Previsitt, Legevisitt og på kontoret. Fordi sykepleierstudentene var mange, var det alltid flere sykepleiere til stede på dag- og kveldstid (kap.4.2.2). En sykepleier var alltid med når de håndterte medisin og fulgte legevisitten. I løpet av vekten samtalte studentene og sykepleierne flere ganger. Sykepleier- og legestudentene fikk slik innblikk i profesjonens lokale praksis.

Samme mulighet hadde ikke ergo- og fysioterapeutstudentene. Deres eneste lokale kontakt med profesjonen var veilederen. Deres inngående deltakerbaner (Wenger 1998:154/2004:179) i profesjonens praksis var knyttet til forestillinger om praksis. De hadde få modeller å samhandle med i profesjonen og liten tilgang i profesjonens lokale fellesskap og praksis. Ved andre praksissteder, som Lien, kunne de observere og kontakte profesjonens utøvere. Ved Studenttett post var det ved å delta i postens virksomhet at disse studentene erfarte å være profesjonelle og hva god praksis var i profesjonen. Slik formulerte eksempelvis Tor-Fs dette:

Når vi begynte med lange praksisperioder, så har du et inntrykk av hva fysioterapeuter gjør, for å ta den biten. Og hva yrket egentlig består i på et sykehus for eksempel. Og det var først når jeg kom på medisinsk og jobbet der i de ni ukene, at jeg har fått et ordentlig innblikk i, ok, sånn er det faktisk. Og det er da du får litt mer klarhet i hva yrkesrollen går ut på egentlig. Men samtidig så er det også det der med å implementere teori og forskning i praksis. Det er jo ikke alltid slik at selv om teorien sier at det er 4X4¹¹⁷, som Helgerud og Hoff. Så er det ikke sikkert at det går i praksis og det er noe med det. Og det er det som er trikset. Jeg synes at det er kjempevanskelig med dosering å få det helt riktig og ligge akkurat på grensen av hva pasienten tåler og bør ha. Men det er jo kjempespennende

En vesentlig erfaring i studentenes læring var å prøve seg som profesjonell i pasientarbeid ved sykehus. Implisitt betyr dette at studentene lærte å gjøre selvstendige vurderinger av hva som passet for pasienten i situasjonen. Slik som når Tor-Fs reflekterte over at normen for styrketrening måtte tilpasses flere forhold. Studentene brukte teoretiske kunnskaper for å forstå hva som var god praksis. Eksemplet illustrerer en måte hvordan studentene knyttet sammen ulike former for kunnskaper i utvikling av sin kunnskapsbase (Grimen 2008a). En avgjørende faktor for læring i alle studentgruppene var å samtale, observere, kartlegge, behandle, trene eller gi omsorg. Slik førstehåndserfaring er sentral får å lære ferdigheter og skjønnsutøvelse som er et trekk ved profesjonelt virke (Grimen & Molander 2008) og i

¹¹⁷ 4x4 viser til intervall trening av 4 minutter x 4 og effektstudier av dette

utvikling av praktisk personlig kunnskap (Polanyi 1962). Flere fremhever erfaring fra arbeid med pasienter i studenters utvikling av kunnskap og profesjonalitet (Benner et al. 2010:82; Bleakley & Bligh 2008; Clarke, Martin, Sadlo & de-Visser 2014; Lindquist et al 2010). Når veilederne demonstrerte og samtalte med studentene, kunne de sammen få frem kunnskaper om profesjonens praksis og funksjon. Dette siste kan et eksempel fra ergoterapeutgruppen illustrere:

Anne-Es Ergo må være trygg på eget område som jeg opplever her. Vi blir tatt på alvor. Avgjørelse blir tatt først når ergo er hørt. Fått tillit, er en god følelse. Klart definert stilling. Det er i forhold til andre og tidligere praksisplasser. Vi er med i kartleggingssystemet og avgjørelse om pasient kan bo hjemme. Ikke vanskelig å si hva ergo gjør her, vanskelig ellers
Annette-E Er en prosess. Husker fra jeg selv var student at jeg ikke helt visste hva ergoterapi var. Ikke lett å forstå i studietiden hva ergoterapiproblem er. Vi har veldig bra basis i ADL vurdering
Rita-Es Vi har alltid sammenheng med hverdagslivet til folk

Studentenes meningsforhandling knyttet profesjonens oppgaver til deres deltakelse i postens praksis. Veilederen koplet sin profesjonelle utvikling til studentenes erfaring og løfter frem aktivitet som et kjerne-element i profesjonens kunnskapsfelt. Slik tydeliggjøring og fortelling fra veilederne var med å forme ergo- og fysioterapeutstudentenes forestilling om profesjonell praksis og tilhørighet. Veilederne fortellinger om profesjonens praksis og funksjon er å forstå som *paradigmatiske baner* (Wenger 1998:156/2004:181), og erstatter studentenes deltakelse i profesjonens lokale praksis. Postens kompetansesystem og felles kompetanseområder åpnet for studentens deltakelse i profesjonens praksis via paradigmatisk deltakerbaner, der deltakelse i nåtiden blir knyttet til forestillinger om fremtidige oppgaver og tilhørighet (ibid.). En faktor her er at bruken profesjonens terminologi og teoretisk kunnskap støttet studentenes forståelse av og tilknytning til profesjonens praksis (kap.5.1.4 og 5.1.6).

Ved Studenttett post var sykepleierstudentene med og ivaretok mye av postens daglige drift. Deres aktiviteter og fokus favnet mer enn enkeltpasienter og konkrete enkeltoppgaver. De var sykepleiere og bidro slik til at pasientene fikk omsorg og oppfølging hele døgnet. Eller som Berit-Ss sa, studentene erfarte å være sykepleiere:

For det var der [Studenttett post] jeg startet med sykepleie på sykehus, slik jeg tenker at sykepleie er. Sykehjem er en ting, men det er ikke det jeg har tenkt at jeg vil drive med. Det er det vel ikke så mange som har tenkt. Men nei, jeg vet ikke jeg. Får en følelse av hvordan en sykehushverdag er og hva man trenger å forholde seg til. Det var på en måte veldig generelt der også, mye forskjellig. Både i forhold til pasienter, i forhold til diagnoser og i forhold til alt mulig man må forholde seg til av andre ting.

Jeg observerte hvordan sykepleierstudentene sørget for transport og kontakt med kommunen når pasienter reiste, og at de da fikk med seg dokumenter fra andre profesjoner og medisiner.

Sykepleierstudentene tok imot nye pasienter og holdt kontakt med pårørende. De så til at pasientene kom til undersøkelse og behandling, at resultat fra undersøkelser kom i pasientens papirer, og de formidlet beskjeder. Dette kom i tillegg til å registrere pasientenes funksjoner og reaksjoner, å håndtere ernæring, personlig hygiene og medikament samt å samtale med pasient og pårørende. Sykepleierstudentene tok også del i praktiske gjøremål som å holde orden på sending av prøver, matsservering og -bestilling, rene senger, sengetøy og utstyr. *Vi var med i gamet* var Pia-Ss karakteristikk. Med andre ord tilrettela postens praksis for at sykepleierstudentene kunne koordinere sin og andre profesjoners aktivitet.

Sykepleierstudentene fikk og tok ansvar for de mange, vekslende, sammenbindende og forefallende oppgaver som preger dagens sykepleie i sykehus, slik blant annet Olsvold (2010) viser i sin studie av sykepleieres ansvar. Larsen (2000:307) peker på utfordringen det er for sykepleierstudenter å forstå hvordan de er del av et omfattende system ved sykehus. De mestrer konkrete oppgaver som å måle blodsukker og EKG, mens de strever med å håndtere og forstå system for informasjons- og arbeidsdeling. Derfor får og utfører de utvalgte oppgaver (ibid.). Studenttett post skiller seg fra dette. Her erfarte studentene å ta ansvar for sykepleiernes mangfoldige virke. De forstod og ivaretok mye av postens virksomhet ved å prøve seg som sykepleier. De fortalte om ulikhet i erfaringer fra Studenttett post og neste praksissted, der de fikk utvalgte oppgaver og var uten ansvar for virksomheten. Et sitat fra Pia-Ss får frem dette:

Jeg måtte ikke gjøre noen praktiske ting på neste praksissted. Det slapp jeg. Jeg gjorde bare alt det kjekke, jeg. Fikk være med ned på operasjoner og være med inn til legen når de skulle se inn i organet. Jeg lærte mer om praktiske ting, om hvordan det fungerer på en post på Studenttett enn det jeg gjorde på neste sted. På Studenttett, så stolte de litt mer på at du gjorde det. Så hvis du ikke gjorde det så var det din feil. Så du måtte ta initiativ fordi det var jo, dine oppgaver og det måtte en forholde seg til. Men på neste sted så ble du litt beskyttet og: nei, du skal ikke gjøre det du.

Sykepleierstudentene kunne følge hva Wenger (1998:154/2004:179) kaller *inngående baner* både i lokalt praksisfellesskap og i profesjonens praksis. Dette åpnet for å forstå hvordan posten fungerte og oppgaver hang sammen. Dette bidro til at mer trivielle aktiviteter ble del av meningsfylte sammenhenger. De lærte hva de måtte kunne som sykepleier, og de erfarte å være profesjonelle. Sykepleierstudentene var et viktig fellesskap for å lære profesjonens praksis og funksjon. Betydningen av studentfellesskap for læring viser også Jensen (2006) og Henriksen (2010) i sin forskning om sykepleierstudenters praksisstudier. Ved Studenttett post var studentene mer fullverdige enn perifere deltakere i sykepleiernes praksisfellesskap.

Legestudentene hadde utvalgte og avgrensede kliniske oppgaver. Vi kan si at deres inngående deltakerbaner åpnet for en perifer posisjon. Deres perifere deltakelse i legenes praksis kunne danne bilder av fremtidig funksjon og profesjonsmedlemskap. Sammenliknet med de andre studentenes gjensidige engasjement i felles pasienter og praksis, stod legestudentene utenfor studentenes tverrprofesjonelle praksisfellesskap. Legestudentene ville lære om samordning og faglig ledelse i pasientarbeidet. De ønsket for eksempel å mestre prosedyrer og rutiner for å rekvirere utredning, behandling og oppfølging både i og utenfor seksjonen og sykehuset. De hadde begrenset tilgang til denne type oppgaver. Legestudentene kunne samhandle med flere av postens leger som avgjorde hvilke aktiviteter de fikk delta i. For å lære lokal praksis var legestudentene avhengig av legenes tillit til at de utførte kliniske undersøkelser og vurdering. Dette viser også andre forskere (Akre 2003; Kennedy, Regehr, Baker & Lingard 2009; Wichmann-Hansen 2004). En strategi som legestudentene brukte, var å alliere seg med postens leger og særlig overleger for å få tak i interessante pasienter. Et tydelig trekk er deres veksling mellom å være student og turnuslege. Kivle (2009) fant i sin studie av turnuslegers læring en liknende veksling mellom å være lege og studerende lege. Flere legestudenter som jeg traff, ønsket å delta i pasientarbeidet som en turnuslege. Et eksempel var Per-Ls som deltok i utredning av flere pasienter, inkludert deres boligforhold og sosiale situasjon. Per-Ls og Andrea-Lo utviklet en god relasjon. Hun tjente som innlemmelsesagent (Wadel 2008) for studentene, og var portvakt til postens virksomhet og legenes ansvarsområde. For Kari-Ls var det motsatt. Hun brukte ikke legene som innlemmelsesagent og forble student. Dette synliggjør asymmetrien i innlemmelsesforholdet. Hun var kritisk til om legene involverte seg tilstrekkelig slik at pasienter fikk den medisinske oppfølging som Kari-Ls mente de trengte. Hun var ikke aktiv i møter eller deltok i virksomheten. Den *legitime perifere posisjon* (Lave & Wenger 1991/ 2003) hun hadde, var preget av maktesløshet. Dette hemmet deltakelse i postens og profesjonens praksis. Kari-Ls passer ikke helt i bildet som flere forskere gir av legestudenters engasjement i praksisstudiene (Akre 2003; Becker et al. 1961; Freidson 1970a; Ludvigsen 1998). Hennes minimale engasjement skilte seg fra de som ivret for å ta oppgaver.

Overlegen hadde det formelle ansvar for legestudentene, men studentene fulgte de leger som var til stede. Slik beskrev Per-Ls hvordan han brukte dette i sin læring:

Blir mer til at en henger etter leger, spør disse. Noen leger er flinke til å spørre studentene, det er nyttig for egen læring. Blir ellers mer slik mester-svenn. Ser hvordan 40-50 ulike leger gjør ting, hvordan de undersøker i praksis. Ser 40 – 50 og så velger du en.

Legestudentene ønsket mer veiledning og savnet faste veiledere under avdelingstjenesten. På samme måte som under utplasseringen i foregående semester, gjorde vaktturnus og travle dager at det var noe tilfeldig om og hvem som veiledet studentene. Andre har påpekt at veiledning blant leger byr på utfordringer i hektiske sykehushverdager (Kennedy et al. 2009; Wichmann-Hansen, Mørcke & Eika 2006; Young, Orlandi, Galichet & Heussler 2009). Legestudentene var avhengige av hverandre for å lære og forstå legenes lokale praksis, slik Kari-Ls fortelling illustrerer:

Vi hadde ikke noen veiledere. Nei, jeg hadde ingen lege, ingen person som var min veileder. I 10. semester er det en som på en måte, er ansatt fra Universitetets side, og som hever lønn for å veilede studentene. Dette fungerte svært dårlig på det sykehuset jeg var. Vi hadde et møte med han og et gipskurs, og ellers var vi overlatt til oss selv når det kirurgiske møte var over. Inne mellom var jeg overlatt til en ass-lege [assistentlege], stakkar, som egentlig ikke ville ha noe med oss å gjøre. Men fordi overlegen skulle gjøre ting og ikke hadde tid til styre med hva vi studentene skulle gjøre, så var det litt slik: kan ikke du ta studenten i dag?, litt slik: ja, du kan være med meg. Veiledning organiserte vi nesten selv. Det var litt slik kirurgisk morgenmøte eller høre om pasienter. Og selvfølgelig, aldri sitte inntil bordet, det vet du kanskje? Når du er underordnet, så sitter du ikke ved møtebordet, da sitter du langs veggen. Det er en detalj som er helt syk, vet du. Så turnuskandidatene og medisinerstudentene satt langs veggen, selv om det var mange ledige plasser rundt bordet. Kirurgene satt rundt bordet og snakket om pasienter. Og du sa ikke noe heller, uten at du ble spurt. Dette er kanskje spesielt på kirurgiske avdelinger, men det er litt slik på indremedisinske avdelinger og. Og så er det slik at på røntgenmøte, så sitter også alle overleger i hierarkisk rekkefølge. Selv om det er ledige plasser helt forrest, så står du bakerst, når du er nederst på stigen. Dette er usagte regler, men som du forstår med en gang. Dette er legenes hierarki. Hvis du er så dum at du setter helt foran på overlegens faste plass, så vil du kjenne det.

Kari-Ls beskrivelse viser hvor perifer posisjon legestudentene ofte hadde. De var vant med å forme studentgrupper ved praksisstedene der de bidro i hverandres læring. Ved Ringen pleide legestudenter ved nabopostene å lage en gruppe, slik som Kari og Per. De diskuterte kliniske problem og pasienterfaringer som de fant interessante. I sine respektive kollokviegrupper utenfor sykehuset tok de også opp spørsmål og kasuistikker fra posten. Gruppene var en arena for å prøve ut hva de forstod og for å lære å delta i legenes praksis. Studentfelleskapet utenfor praksisstedet var sentralt for å forbinde konkrete pasienterfaringer og teoretiske kunnskaper. Andre har også vist at legestudenter får delta lite i virksomhet ved sykehus (Bell et al. 2009; Dornan, Hadfield, Brown, Boshuin & Scherpbier 2005; Wichmann-Hansen, Mørcke & Eika 2007; Worley, Prideaux, Strasser, March & Worley 2004). Legestudentene hadde oppmerksomheten rettet mot eksamen, kliniske problem og ferdigheter. Studentene i de andre profesjonene var som legestudentene med i kollokviegrupper, men i noe ulik grad. Kvale og Nielsen (2003:252) bruker «å lære fra siden» når studenter lærer av hverandre. Dette er en vanlig læremåte for å forstå og vurdere problem og tiltak for pasienter i flere profesjoner (og for fysioterapeuter Skøien et al. 2009, for lege Akre 2003; Bleakley 2006; Kennedy, et al.

2009; Kivle 2009, for sykepleiere Henriksen 2010; Jensen 2006). Det å lære sammen bidro i studentenes inngående deltakerbaner i profesjonens praksis. I disse fellesskap kunne de utvikle sin fremtidige praksis sammen ved å tolke og forbinde kunnskaper og konkrete hendelser. Et annet poeng i Karis-Ls fortelling er at legenes hierarki hindret legestudenters deltakelse i legers lokale fellesskap. De andre profesjonene hadde ikke et tilsvarende tydelig lokalt kompetansesystem. Andre peker på at legestudenter erfarer usikkerhet og forventninger om selvstendighet (Lempp & Seale 2004; Russel et al.2006). Kari-Ls viste til kirurgisk avdeling som en kontrast til Studenttett post, for å tydeliggjøre legenes hierarki. Blant legene fantes flere kompetansesystem ved sykehuset som styrte hvem som var kompetente deltakere i hvilke fora. Røntgenmøtet var et slikt eksempel. Legers meningsforhandling er ikke sentralt i mitt prosjekt, men blant annet har Måseide (2002, 2003, 2007) vist at legers forhandling om diagnose og behandling, også kan handle om legers innbyrdes posisjon.

Ved Ringen skilte legenes morgenmøte i medisinsk seksjon seg fra røntgenmøtet. I morgenmøtet vekslet legene om å legge frem en kasuistikk til diskusjon. Lingard, Garwood, Schryer og Spafford (2003) mener at presentasjon av kasuistikker bidrar i legenes utvikling av profesjonell identitet. Legestudentene likte denne møteform. Kasuistikk-gjennomgang var meningsfylt i deres læring for å bli profesjonell. Slik sitatet under viser, så Per-Ls for seg at slike kliniske diskusjoner var en måte å lære og vedlikeholde kunnskaper også i fremtiden:

Det er en glimrende modell, det som de gjorde der med at de diskuterer en pasient. Fordi på veldig mange medisinske morgenmøter, så man undervisning av veldig dårlig kvalitet. Altså hvor det er tydelig folk som er pålagt å gjøre det. Hvor det er alle de der vanlige PowerPoint feilene at det er alt for mye på hver slide, og folk er trøtte, og tema er ikke spesielt aktuelt. Men det å legge frem en kasuistikk og diskutere den, casebaserte morgenmøter synes jeg i hvert fall, er veldig, veldig mye mer lærerikt. Det kan jeg godt prøve meg og innføre et eller annet sted.

Per-Ls var kritisk til legenes vante undervisningsform og mente at diskusjon ga mer læring. Han bruker studenterfaringer i sin forestilling av seg selv som profesjonsmedlem. Måten som de utviklet praksis blant avdelingens indremedisinerne, kan passe med et situert og distribuert syn på læring og kunnskap (Lave & Wenger 1991/2003). Dette syn påvirket valget av å bruke problembasert læring som pedagogisk modell i legestudiet (Handal 2002). Bleakley & Bligh (2008) mener at legestudenter sosialiseres til å bruke stereotype kasuistikker for å lære. Legenes lokale læringspraksis åpnet for *inngående deltakerbaner* (Wenger 1998:154/2004 :179) for legestudentene. Selv studentenes perifere deltakelse i morgenmøtet bidro til opplevelse av profesjonstilhørighet. Praksis i legenes morgenmøte bidro til en forestilling om at det å involvere seg i lokal kunnskapsutvikling var en del av det å være profesjonell.

Både ved Ringen og Lien var legenes diskusjon av kliniske medisinske problem lagt til egne møter der referanserammen var profesjonens kunnskapsfelt. Andre profesjoner ved avdelingen hadde tilsvarende faste faglige møter og diskusjoner hver eller hver annen uke. I disse fora kunne studentene lære fra de som var erfarne utøvere. Det vil si at de kunne 'lære ovenfra', der student – utøver forholdet er asymmetrisk (Kvale & Nielsen 2003: 252). Ved Studenttett post var det kun legestudentene som var med i profesjonens fagmøter. Det betyr at ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentene i liten grad var perifere deltakere i profesjonens lokale læringsfora. Derimot åpnet praksis for at disse tre gruppene kunne være sentrale og nærmest fullverdige deltakere i andre fora ved Studenttett post.

7.3.1.3 Deltakerbaner i de andre profesjonenes praksis ved Studenttett post

I avsnittet ser jeg nærmere på hvordan møte med de andre profesjonenes praksis påvirket studentenes måte å forstå pasienters problem og profesjonenes bidrag. Inngående deltakerbaner i postens kompetanseområder skapte forventninger til fremtidig profesjonalitet, der tverrprofesjonell praksis gradvis ble tatt for gitt. Samhandling om felles pasienter og møte med andres praksis både avgrenset og utvidet studentenes forståelse av profesjonens funksjon og kunnskaper. Praksis åpnet for å bruke og utvikle kunnskaper over profesjonsgrensene.

Hver pasient ble fulgt opp av en gruppe ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudenter i tillegg til lege (kap.4.2.2). Studentenes veiledere holdt seg i bakgrunnen. Tidligere har jeg løftet frem at studentene støttet hverandre både i og utenfor møtefora ved å lytte til og spørre hverandre. I praksisperioden ble de bevisste på betydningen av sin kunnskap om pasienter, profesjonenes kompetanse og andres bidrag. Denne utvikling merket veilederne. Under veiledersamtalen fikk Nina-E full støtte da hun beskrev studentenes endring i praksisperioden

Det som jeg synes er forskjell fra begynnelsen av praksisperioden og til de begynner å nærme seg slutten er at i begynnelsen så er de veldig på å skulle gi informasjon. Når de skal på tverrfaglig møte og på morgenmøte og previsitt, så er det: jeg må få sagt det og det. Også etter hvert så er det også det å samle informasjon fra de andre. For det er de ikke så gode på, med mindre det er helt konkrete ting. Men det å faktisk bruke informasjonen som de får fra andre, det føler jeg er en prosess. Veldig og typisk selvsentrert i begynnelsen: å få sagt det, og det er mitt bidrag, og det har veileder sagt at jeg må si. Til det at: så fikk jeg høre at sykepleieren si at pasienten var helt klar om kvelden, og i går kveld gikk det veldig fint, men i dag er det.... Det å bruke andres informasjon og ikke bare gi informasjon.

En side ved studentenes læring var å kunne dele kunnskaper slik at andre forsto hva dette innebar i deres praksis. Studentene erfarte det som anerkjennelse når andre brukte deres bidrag i pasientarbeidet, og når de ble referert til i møter. En annen side handlet om å forstå og

trekke inn andres perspektiv i sin praksis. Gradvis ble det meningsfylt å anvende deler av andres kunnskaper om pasienten. Sammen med ønsket om å lære, bidro dette til å danne tverrprofesjonelle praksisfellesskap, som eksempelvis Mette-Ss omtalte slik:

Det var en veldig åpen tone. Positiv og det var ikke noen som eide mer plass, for å si det slik. Alle, vi var der på lik linje alle sammen. Og alle var opptatt av at alle skulle lære og å gjøre sine ting, men i fellesskap. Det var rom for alle, det synes jeg. Nå snakker jeg om alle [ikke bare sykepleiere].

Vi kan forstå dette som at veilederne tilrettela *inngående deltakerbaner* (Wenger 1998:154/2004:179) i postens to kompetanseområder tverrprofesjonelt pasientarbeid og studenters læring. I hverdagen deltok studentene i stor grad i pasientbehandling og også i hverandres læring. Tilgang til og nytte av flere profesjoners perspektiv ble gradvis tatt for gitt i praksisperioden. Dette kom til syne når studentene reflekterte over erfaring fra andre praksissteder. Tor-Fs omtalte for eksempel ulikhetene mellom to sykehusposter slik:

Det som slo meg aller først når jeg så mailen [fra Hanne] var at jeg hadde forventinger om samme tverrfagligheten på det andre stedet som det vi hadde på Studenttett. Men det var en helt annen løsning de hadde på neste sykehus. Du kan si tverrfagligheten der var nærmest fraværende sett i sammenligning. Så jeg tror nok jeg var litt oppsatt på samarbeidet med sykepleiere og leger, og var veldig ivrig på de tverrfaglige møtene om morgenen og previsittene. Men det fungerte ikke på samme viset der. Ja, for jeg regnet på en måte med at det var poenget med previsittene og slike ting. Men det var det tydeligvis ikke. For det var legene som skulle kjøre showet da, og så bare fortelle litt om sitt ståsted, så skulle vi andre bare høre på og notere, og så var det ikke noe mer enn det. Og så spurte de heller, hvis de mot formodning skulle ha innspill. Så det var litt annerledes.

Studentene mente at ved andre praksissteder tillta legene andre profesjoners kunnskaper lite vekt i vurderingene. Uansett profesjon så gjorde studentene denne type erfaringer, og de sammenlignet da med hvert sitt praksissted. Erfaringene fra Studenttett post ga forventinger om at profesjonenes kunnskaper og aktivitet samspilte for å forme pasientforløp.

Deltakelse i felles vurdering av pasientens problem og tiltak, gjorde at studentene så for seg at de og profesjonen kunne gjøre en forskjell i behandlingen. Eksempelvis beskrev Anne-Es at erfaring fra posten var sentral for å forstå profesjonens posisjon og fremtidige praksis:

Alt var veldig tydelig på den posten. Jeg synes alt var, ble veldig tydelig i hvert fall. Ergoterapirollen, hva som blir gjort i forhold til diagnoser, alle gruppens roller. Det med samarbeid og kommunikasjon. Jeg synes det var en kjempepost. Jeg tenker at alle de som havner der, de får et utrolig læringsutbytte, vanvittig erfaring i forhold til mange andre steder. Jeg tenker nå som jeg vet viktigheten av ergoterapi, og det å jobbe kunnskapsbasert, så er det noe jeg kommer til å integrere. Det gjør som jeg som i starten, at jeg har blitt mer selvsikker på meg og min rolle og hva jeg kan tilby. Så det er noe som kommer til å skinne gjennom. Jeg kommer til å være mer selvsikker og jeg kommer til å kjempe hardere for pasientenes sak. Jeg kommer til å ta ordet fra den erfaringen. Hvis jeg har noe som jeg føler er viktig og burde få sagt, så kommer jeg til å si det. Ikke sitte og lure på om jeg skal si det eller ikke. Heller diskutere det, hvis jeg møter folk som er uenige, så kan vi sammen bli enige.

Etter avsluttet praksisperiode hadde studentene, som Anne-Es, klare oppfatninger av profesjonenes bidrag. De forventet at god praksis innebar at profesjonelle sammen utviklet felles interessefelt om pasienten. Sitatet over illustrerer studentenes tro på profesjonens posisjon og sitt fremtidige ansvar for å engasjere seg i meningsforhandling. Sitatet over viser hvordan postens praksisfellesskap bidro til studentenes opplevelse av gjensidig anerkjennelse. Et faktor er at veilederne brukte de profesjonsvise samtalene til å forberede studentene til å samhandle med andre profesjoner (kap.7.3.1.2). Veilederne for ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentene tok opp sider ved profesjonens kunnskaper som flere kunne dra nytte av. De la til rette for at studentene kunne være kompetente deltakere i felles meningsdannelse og -forhandling. Postens kompetanseområder og -system var vesentlige for profesjonenes samhandling. Studenter med ansvar for samme pasientgruppe dannet et praksisfellesskap. Selv om studentene hadde sine profesjonsvise møteplasser, var denne tverrprofesjonelle gruppe viktig for læring. Her fant studentene ut hvordan de kunne dra nytte av hverandres perspektiv og erfaring fra møte med felles pasienter. En viktig læringsform i praksisfeltet er å lære fra medstudenter eller fra hverandre (Billett 2010; Eraut 2004a; Lave & Chaiklin 1993; Nielsen & Kvale 2003). Ved Studenttett post var terskelen lav både for å spørre og forklare. Dette hjalp studentene til å bli klar over hva de selv og andre kunne og ikke kunne. Vi har sett at i Tverrfaglige morgenmøte kunne studenter spørre og få konkrete forklaringer og utvikle felles forståelse (kap.5.1.6). Kompetansesystemet gjør at studentene ikke lot profesjon avgjøre hvem som var kompetente og hvilke bidrag som hadde verdi. Dette påvirket disse tre studentgruppers oppfatning av profesjonalitet. Gradvis inngikk tverrprofesjonell praksis i deres bilde av fremtidig virke. Praksisperioden styrket deres tro på profesjonens betydning, og deres tro på seg selv som kompetente deltakere i utvikling av lokal praksis og virksomhet.

Et annet sentralt fora i deres læring var Tverrfaglig undervisning (kap.4.3.1). Hver uke var det en time undervisning der studentene underviste, og der ansvaret rullerte mellom profesjonene. I forberedelsen planla studentene hvordan de kunne gjøre kunnskaper meningsfulle for andre profesjoner. De prøvde å finne begrep som alle forstod, og stilte spørsmål til forsamlingen som: *Hva tror dere det betyr?* og *Hvordan kan vi gjøre dette for å oppnå...?* De ville få frem hvordan kunnskap som de presenterte, bidro til å forstå og vurdere pasientenes problem og tiltak. Dette hjalp studentene i å klargjøre hva deres bidrag og kunnskap innebar i sin, andres og felles praksis. Den som forklarer forhold for medstudenter, vil også lære (Säljö 2001). Både når studentene forberedte seg og underviste, er læringssituasjoner som illustrerer

betydningen av det «å lære fra siden» (Nielsen & Kvale 2003:252). I utvikling av kunnskap er språket en sentralt redskap (Polanyi 1962), som gir grunnlag for refleksjon og spørsmål (Rolf 1991:126-; Rolf et al. 1993:62-). Å sette ord på sin forståelse hjelper studenter å bli bevisst handlingsgrunnlaget (Clarke et al. 2014; Solvoll & Heggen 2010; Skøien et al 2009; Vågan et al 2014). Sykepleierstudentene underviste eksempelvis om vurdering og behandling av ulike former for smerte. De redegjorde for medikamentell og alternativ smertebehandling. Bruk av Aktivitet i utredninger og kognitive tester tok ergoterapeutstudentene opp. De viste og lot tilhørerne prøve hjelpemidler som letter pasienters hverdag. Fysioterapeutstudentene gikk gjennom balansetester, ganghjelpemidler og tiltak for lungefunksjon og mestring ved KOLS. Tilhørerne måtte gjøre knebøy mens de pustet via sugerør for å merke konsekvensen av KOLS. Sosionomstudenten presenterte depresjonstest og oppgaver knyttet til økonomisk bistand. Tidspunktet for undervisningen gjorde at legestudentene var gått for dagen, derfor underviste turnus- eller overlege i stedet. Deres tema var aldersdemens, hjertesvikt og klinisk betydning av puls, blodtrykk, vekt, samt observasjon av kognitiv funksjon og lungefunksjon. Den tverrprofesjonelle undervisningen tydeliggjorde hva, hvordan og hvorfor profesjonene gjorde kartlegging og tiltak. Temavalget var ofte styrt av hva aktørene erfarte at andre trengte å kunne for å forstå profesjonens perspektiv på pasientens situasjon. Med andre ord var formelle møtefora sentrale for å forme hva Wenger (1998:154/2004:179) benevner som *inngående deltakerbaner* i postens tverrprofesjonelle kompetanseområde. Ved å undervise hverandre synliggjorde og artikulerte aktørene profesjonens lokale praksis. I studentenes inngående deltakerbaner i profesjonen var en sentral faktor å bidra i hverandres læring innen og over profesjongrensene i og utenfor faste fora.

I løpet av praksisperioden redegjorde studentene for hva profesjonens tester og resultat betød i vurdering av problem og tiltak. Ofte skjedde dette i et møte på oppfordring fra personalet. I hverdagen fantes mange anledninger til å bli kjent med, sammenholde og diskutere testresultat og pasientenes situasjon. Dette gjorde at aktørene videreførte og ivaretok andre profesjoners synspunkt, slik en student sa: *Vi hadde så mye samarbeid at vi visste om hverandres resultater på en måte.* Profesjonenes daglige samhandling viste seg i studentenes kunnskaper om hverandres kartleggingsverktøy, data og vurderinger. Studentene observerte av og til andre profesjoners studenter mens de undersøkte/behandlet/hjalp en felles pasient. De ble klar over hvordan deres ulike aktiviteter og handlingsgrunnlag var avhengige av hverandre. Et unntak var legestudentene. De andre studentgruppene ble kjent med hverandre og hverandres

praksis. Kartlegging, resultat og tiltak kunne skape diskusjon om hva dette betød for å forstå problem og profesjonenes praksis. Slik diskusjon fant sted både i møterom, vaktrom, kontor, kjøkken og treningsrom. Verdien av diskusjonene kom eksempelvis frem da Berit-Ss omtalte MMS-testen som hun var kritisk til:

Vi satt mye å så på testene og diskuterte resultatene, da. Ja, den vi forholdt oss mest til var MMS-en. Og jeg er kanskje generelt litt skeptisk, jeg, til slike tester. Det blir alt for generelt, og selv om det kommer tydelig fram egentlig. Enkelte ting kan komme veldig, veldig tydelig fram. Og det er ikke alltid sikkert at årsaken er den man tror. For det kom jo ikke alltid fram, så det ble litt diskusjoner av og til: dette er, jeg tror ikke at det skyldes det, jeg tro at det skyldes noe annet, jeg tror at grunnen til at hun svarte slik der og slik der, kan være fordi sånn - bla-bla - sånn. Og om de [tester] i seg selv ikke er verdifulle, så er de verdifulle fordi de kan være utgangspunkter for diskusjoner

Henvisning til mer profesjonsvise redskap fikk frem hvilke faktorer profesjonene la til grunn i vurderinger. Like viktig som de faste fora var uformelle møter over en kaffekopp og foran en PC (kap.6.3.3), og slik omtalte Tuva-Es dette:

Jeg hadde mer kommunikasjon med sykepleierstudentene enn ergoterapeutstudentene fordi vi var på forskjellig gruppe. Jeg var den eneste ergo og det var også fysio. Og vi hadde kjempe-kommunikasjon og drakk masse kaffe. Så det var kjempe. Det var et veldig verdifullt samarbeid fordi vi gikk ofte sammen til pasienter og da utfylte vi hverandre på en veldig bra måte. Så nytten av å jobbe sammen.

Studentene oppsøkte ofte hverandre for spørre, vise og forklare. Daglige møtepunkt ga dem mulighet til å lære fra hverandre. Etter hvert erfarte og forventet studentene at de kunne lære sammen over profesjonsgrensene.

Når det var mulig, ble jeg med når studenter fra ulike profesjoner fulgte hverandre. Et eksempel fra feltnotatene viser hvordan en sykepleier- og fysioterapeutstudent lærte sammen. Samtalen forgikk da Mette-Ss hadde sett Tor-Fs trene en yngre mann som hadde hjernesvulst:

Eksempel 15

Tor-Fs *Ble mange pauser i dag i forhold til ellers, han er bedre senere på dagen.*
Mette-Ss *I dag klarte han for første gang å stille seg helt selv mens han satt på sengekanten. Jeg var redd han skulle falle når du gikk med ham uten prekestol. Det ville ikke jeg klart, vil ikke kunne ta imot ved et fall. I går sa jeg til ham at han kunne gå uten prekestol med fysio, men ikke med pleierne fordi det er vågalt både for pasient og pleiere*
Tor-Fs *Jeg opplever det ikke utrygt*
Mette-Ss *Jeg har ikke sett dyspne i aktivitet før. Sykepleiere utfordrer ikke tilstrekkelig som i trening, der blir tungpusten synlig. Så også at han måtte ha gått ned i vekt. Var veldig bra å få veidd ham i stående ved ribbeveggen. Har gått ned mange kilo. Jeg tror ikke han får mat nok. I helgen laget jeg en stor omelett i tillegg til grøten.*
Tor-Fs *Viktig med ernæring når en skal bygge muskler, særlig fler-umettede fettsyrer som i solsikke- og olivenolje. Kan ta 2 spiseskjeer 2 ganger daglig, det bidrar til å bygge opp cellemembraner.*
Mette-Ss *Øvelsene du gjorde var for de for styrke? Får en bedre balanse med muskler?*
Tor-Fs *Ja, men balanseøvelser er mer spesifikke. Men når han går uten prekestol vil balansen utfordres. De øvelsene som var på benk og i stående var for styrke. Han er*

	<i>bedre lenger ut på dagen. Hostet litt slim tidligere.</i>
<i>Mette-Ss</i>	<i>Ja, er bedre senere. Skal pasient følges opp hjemme med trening?</i>
<i>Tor-Fs</i>	<i>Jeg vil skrive og sende med fysioterapi-epikrise og rekvisisjon på hjemme-fysioterapi. Da kommer det også noen flere innom ham i løpet av dagen.</i>
<i>Mette-Ss</i>	<i>Tror det er viktig for ham med en mann og trening som er rett på sak, ikke noe dill. Vet du noe om progresjon, hvor lang tid kan pasienten ha igjen?</i>
<i>Tor-Fs</i>	<i>Vet ikke. Det er en primærtumor. 40 knebøy lavt ned er tungt for alle.</i>
<i>Mette-Ss</i>	<i>Fint at vi kunne i dag, får vite mer om pasienten. Skulle gjerne sett hvordan pasienten var før. I helgen er det mye roligere, så jeg kunne sikkert gjort noe av det du gjorde i treningen med ham som knebøy, om det var blitt vist og ikke kunne skade. Så at du brukte teknikk i knebøyninger. Hadde vært mulig at sykepleier gjorde noe i helgen.</i>
<i>Tor-Fs:</i>	<i>Sikkert. Jeg måtte korrigere for å få inn lårmuskler, er tungt når skal gjøres riktig</i>

Her fikk fysioterapeutstudenten innsikt i hvordan pasienten klarte daglige gjøremål, og sykepleierstudenten fikk vite hva pasienten tålte av fysiske utfordringer og betydningen av å gå uten støtte. Sammen veide de pasienten. De tok opp hvordan ernæringen kunne bli bedre, og at fysiske krav kunne virke positivt. Mette-Ss konkluderte med at sykepleiere kan bidra i trening når de vet hvordan. Studentene erfarte at de sammen bidro til hverandres forståelse av pasientens situasjon, og de kunne derfor bruke andres vurdering og følge opp pasienten.

Profesjonenes oppgaver og kunnskaper ble tydelig for studentene i den tverrprofesjonelle samhandling. Bildet av fremtidig profesjonalitet omfattet å utvikle praksis ved å trekke inn kunnskap fra flere profesjoner. Sitatet foran fra Tor-Fs, om manglende tverrfaglighet ved neste praksissted viser forventingen til en praksis der flere profesjoner deltok. Neste sitat fra Mette-Ss speiler at erfaringen fra Studenttett post brøt med praksis ved andre praksissteder. Her gjaldt det kompetanse i mobilisering og forholdet mellom sykepleier og fysioterapeut:

Men der [på neste sted] var det: Ja den skal opp, ja, den får ligge til fysioterapeuten kommer. Ja, hvorfor det? sier jeg: for hvis legen har sagt at det bare er slik, og han skal opp, og det ikke er noe å være forsiktig med. Nei, men vi venter på fysioterapeuten. De var mer forsiktig på en måte der. Men jeg var på en kirurgisk avdeling og hadde noen ortopediske pasienter. Så de var kanskje litt engstelig for å gjøre noe feil, og gjøre noe fysioterapeuten ikke likte.

Sykepleierstudenten tok det nærmest for gitt at fysioterapeut og sykepleier hadde et felles handlingsgrunnlag slik at pasienter fikk hjelp på forsvarlige måter. Hun får frem at hun selv er trygg og kan noe om forflytning. Kompetansesystem og kompetanseområde ved Studenttett post skapte forestillinger av profesjonelle som sammen var ansvarlige for å utvikle praksis, slik at de forstod og kunne videreføre hverandres hensikt, vurdering og tiltak. Et annet eksempel som viser hva studentene lærte, var ergoterapeutstudentenes forståelse av hvordan smerte kunne endre vurderinger av funksjon. Studentenes kunnskap om smerte kom frem i

tverrfaglige fora, i samtaler mellom studenter og med veilederen, som i eksemplet under. Her vil Anne-Es utsette testing på grunn av smerte:

Anne-Es Jeg har ikke undersøkt den nye pasienten på grunn av mye smerter.
Annette-E Smertelindring må nok til. Gå inn likevel og se, for eksempel kan pasienten ha bruk for gripetang. Viktig at de kommer i gang, blir mobilisert.
Anne-Es Jeg synes det er for tidlig å teste en som har nytt brudd og har mye smerte. Er for tidlig å tenke på hjemreise alt nå. Blir feil å teste når de har så mye medisiner, synes jeg.
Annette-E Er viktig med mobilisering, må smertestilles. Du kan jo starte med kartleggingssamtale.

Studenten brukte kunnskaper om at smerte og smertestillende behandling påvirker testresultat i sin argumentasjon for å utsette kartleggingen. Eksemplet speiler at studentene etter hvert brukte kunnskaper på andre måter og fra tilgrensende kunnskapsfelt. I samhandling om og ansvar for felles pasienter oppdaget studentene forhold som endret deres handlingsgrunnlag. Tverrprofesjonelle fellesskap rundt pasientene var vesentlig for studentenes forståelse av pasientenes situasjon og profesjonenes praksis. I løpet av praksisperioden lærte sykepleier- og ergoterapeutstudentene om hva sykepleiernes omsorgsperspektiv og ergoterapeutenes aktivitetsperspektiv innebar for pasienten. Sykepleierstudentenes møte med ergo- og fysioterapi kunne bryte med pleiernes omsorgskunnskaper, slik Berit-Ss beskrev:

Sykepleiere og også studenter vi kan nok fort bli opptatt av å komme oss gjennom ting, det er et tidspress der. Jeg vet ikke hvordan tidspresset er på de andre gruppene, men når de [ergoterapeuter] går inn i morgenstell slik, så tar alt lengre tid enn det vi er vant med at det tar. Og det er superviktig at vi bruker pasientens ressurser, men det kan nok likevel gå litt fort noen ganger. At vi [sykepleiere] overtar mer enn det vi trenger. Så det er positivt tenker jeg å ha med ergoer inne som gjør disse kartleggingene. Det er bare å se hva som egentlig som er nødvendig og hvor mye vi egentlig overtar, som sykepleiere, ja.

Sykepleierstudentene antok gjerne at de hadde større tidspress enn andre fordi pleierne sørget for at pasienter kom til undersøkelse og behandling i rett tid. De erfarte at ergoterapeutenes kartlegging kunne forklare konkret hva pasienter mestret, og hva sykepleiere måtte utføre. Ergoterapeutstudentene erfarte at deres kunnskaper gjorde at de analyserte pasienters funksjon i PADL¹¹⁸ annerledes enn sykepleierne. De så at sykepleierne ivaretok pasienter på andre måter og ut i fra andre perspektiv enn dem selv. Her er en illustrasjon der Tuva-Es får frem hva hun mente ergoterapeuter og sykepleiere kan:

Når sykepleierne la fram nye pasienter sa for eksempel: trenger hjelp i stell. Og da spurte vi hva er det de trenger hjelp til? Er de nesten selvhjulpne eller er de overhodet ikke selvhjulpne? Men det kunne de nesten ikke svare på. Det ble veldig vanskelig igjen. Så de hadde ikke noe system som fanget opp: hvor ligger problemet. Så det var en veldig viktig oppgave for oss som ergoterapeuter og gå inn og analysere: hvor er problemet? Og ikke bare si generelt. Så det og ble et punkt som ble en veldig møteplass for sykepleiere og ergoterapeuter. Jeg opplevde i alle fall det. Det var sykepleierstudenter som jeg gikk sammen med inn i stell for eksempel, og de ville veldig gjerne se hva jeg så etter. Og hvis

¹¹⁸ PADL står for personlige aktiviteter i dagliglivet

det da ble behov for assistanse, så var sykepleierne rett der. Jeg var ikke veldig gira på å utføre stell selv, så det var greit å ha en sykepleier i back-up.

Det er verd å merke seg at PADL ble sett som et delt område for disse to profesjonene. Når en ny gruppe ergoterapeutstudenter kom til posten, var vurdering av PADL i morgenstell et tema i veiledningen. Dette brøt med studentenes forventning til hvordan ergoterapeuter kartla PADL. For sykepleierne var morgenstell en selvskreven oppgave.

I tverrfaglig morgenmøte avtalte ergoterapeut- og sykepleierstudentene hvilke pasientrom de gikk til samtidig. Slik sikret de at sykepleierstudenten kunne hjelpe ergoterapeutstudenten og omvendt. Dessuten fikk sykepleierstudentene mulighet til å observere ergoterapeutenes praksis. Hvis mange pasienter måtte opp tidlig, så kunne kartleggingen av PADL avlaste pleierne. Både ergo- og sykepleierstudentene kjente etter hvert profesjonenes praksis, og hvordan de kunne støtte hverandre innen området PADL. Ett sitat fra henholdsvis Tuva-Es og Pia-Ss, får frem forskjeller mellom profesjonene knyttet til PADL, som studentene erfarte:

Det hendte en gang der jeg innså ganske tidlig at denne pasienten ville ikke klare noen verdens ting i dag. Og det så jeg, og han selv ønsket hjelp. Da tenkte jeg: det var i alle fall ting jeg ikke kunne. Så da fikk jeg tak i en sykepleier som hadde vært bak meg, fordi det var deres område. Vi har ikke hatt noe om hygiene eller slik personlig stell på skolen. Jeg tenkte at det er bedre å få folk som har peiling til å gjøre det. Ja, i tillegg til å vite om sine ressurser, så skal en og være klar over egne begrensninger

For eksempel hvis de [ergoterapeutene] skulle se på stell, så hjalp de ikke til hvis det trengtes, eller det måtte bli vårt ansvar å bli ferdig med stellet. Ja, hvis det ble for komplisert [hvis pasienten trengte hjelp]. De [ergoterapeutene] følte ikke at de kunne gjøre det. Eller at det for intimt, holdt jeg på å si, når pasienten tok av seg alle klærne Og det var ikke de vant med

For studentene ble det klart hva de hadde forutsetninger for å utføre. De erfarte at de ulike perspektiv i PADL sammen endret deres handlingsgrunnlag. Dette innebar for eksempel erkjennelse av at for noen pasienter var omsorg viktigere enn selvhjelpenhet. Sykepleierens perspektiv og tiltak ble da vektet mer enn ergoterapeutenes. Andre ganger var det omvendt, da var fokus pasientens mestring. Denne type kunnskaper viste seg også i diskusjoner i tverrfaglige fora (eksempel 2) og i studentenes journalnotat og epikriser.

Pasientens sammensatte sykdomsbilde var i seg selv et insitament til få frem flere måter å forstå egen og andres praksis. Samhandling rundt felles pasienter var med å avgrense og å utvide bildet av fremtidig profesjonelt virke og kompetanse. Fysio- og ergoterapeutstudentene var positive i sin omtale av hverandre og hverandres bidrag både i pasientarbeidet og for egen

læring. En typisk utsagn var at *vi var et team i teamet*. Tor-Fs beskrev hvordan samhandling med ergoterapeutstudentene bidro til å forstå hva fysioterapi kunne og ikke kunne bidra med:

Jeg tror det samarbeidet vi hadde med ergoterapeutene, da, var veldig nyttig. Jeg, vi [fysioterapeuter] i forhold til å tenke litt mer helhetlig på pasientene. For jeg fikk en aha opplevelse, når jeg var med på kjøkkentjeneste med en pasient som jeg hadde vurdert som veldig velfungerende, oppegående fysisk sett. Og så hvordan den pasienten ikke fungerte i det hele tatt på kjøkkenet med en student. Det var interessant. Da slo det meg at fysioterapeutiske tester er på en måte begrenset til nettopp det, til fysioterapi. Selv om du får et innblikk av funksjon til pasienten, så blir det kanskje det. I det daglige så er det veldig lett med en ergoterapi-test i en aktuell kjøkkentjeneste. I alle fall de stedene hvor det ikke er ergoterapeuter som tar seg av slike ting, så det har i hvert fall slått meg at vi [fysioterapeuter] burde tenke mer på den praktiske biten, og ha slike funksjonsprøver, rett og slett. Det er smart. Og det har tatt litt tid å komme inn på det sporet, synes jeg. Si ok faktisk kanskje en skal gjøre en del kjøkkenting i stedet å drive med alle disse spesifikke måter. Slik sett har det vært veldig fint. Og så ser jeg for meg det å prøve å se helheten, kanskje mer enn jeg hadde trodd til å begynne med at en fysioterapeut skal gjøre. Jeg har blitt veldig slik at jeg tenker funksjon nå. Ja, det er dagligliv jeg tenker. Og på en måte se hva pasienten grunnleggende kan, selvfølgelig se hva den skal tilbake til og slik. Se på en måte, jeg vet ikke jeg. Jeg følte at jeg lærte en del akkurat det der helhetsbildet på Studenttett post. Prøvde å ta med meg det lille grann, tenke litt over det.

Her viste studenten til at standardiserte tester og spesifikk funksjon som styrke og balanse, sa lite om pasientens mestring i hverdagen, eller i Aktivitet for å bruke et begrep i ergoterapi. Ergoterapeutene brakte inn kunnskaper om utredning og tilrettelegging for pasientens aktivitet og deltakelse. Dette var kunnskaper som fikk betydning for andre studenters forståelse av pasientenes liv. I kapittel 5.1 så vi også at denne type kunnskaper inngikk i grunnlaget for å utvikle pasientforløp. Fysioterapeutstudentenes forestilling om fysioterapi endret seg i løpet av praksisperioden. Det ble en utvidelse fra fokus på spesifikk undersøkelse og trening for muskel-skjelett systemet til pasientens mestring i livet. Fysioterapeutstudentene merket hvordan fysioterapi ofte gjaldt mer avgrensede delproblem, og slik beskrev Silje-Fs dette:

Jeg synes at jeg fikk brukt det jeg kunne. Men det blir litt annen gren av fysioterapi, enn det vi bruker her [institutt], det er ganske forskjellig. For her stiller det veldig mye krav til akkurat anatomi, strukturer og litt mer skjelett-muskel lidelser og hvordan man behandler akkurat det. Mens der [Studenttett] så ble det mer sett på helheten, og at du var flink å oppfatte pasientens hovedproblem og hvordan du skulle trene det... Det ble mer fokus på helheten. Jeg synes begge deler er viktig.... Men hvis det er pasient som omtrent ikke kommer seg opp av sengen, så ser du ikke så mye på om han har dårlig utslag i skulderen. Jeg synes verken det ene eller andre mer eller mindre krevende, kan du si. Det er bare en annen måte å undersøke, vurdere og behandle på. Jeg synes ikke det er mindre krevende, det blir bare annerledes.

Erfaringene fra pasientarbeidet og samhandling med aktører fra de andre profesjonene gjorde at studentene endret grunnlaget for å vurdere sin praksis og pasientens problem. Lindquist, Engardt og Richardson (2010) fant i sin longitudinelle studie om fysioterapeutstudenters utvikling tre læringsmønstre. To av disse læringsmønstre («å lære å mestre folks helse» og «å lære å helbrede kroppsstruktur»), kan vi gjenkjenne i fysioterapeutstudentenes beskrivelse av

sin læring. I løpet av tiden ved Studenttett post utvidet studentene sin forståelse av hva som var relevant kunnskap å trekke inn i utvikling av pasientforløp. Møte med andre profesjoners oppgaver og kunnskapsfelt fikk frem egen og andres profesjons muligheter og begrensninger. Andres perspektiv åpnet for læring. *Inngående deltakerbaner* (Wenger 1998:154/2004:179) i postens tverrprofesjonelle praksis tydeliggjorde profesjonens kunnskapsfelt og virke for studentene. På den annen side åpnet deltakerbanene for å forstå profesjonell praksis som å bruke og utvikle kunnskap sammen med andre profesjoner for å fastsette og løse problemer. Møte med andre profesjoners perspektiv endret studentenes handlingsgrunnlag. De diskuterte og observerte hverandres samhandling med pasienter enten det gjaldt kartlegging, samtale, pleie, behandling og trening. Av og til gjaldt det helt konkrete forhold som pasientens smertelette, gange og selvhjelpenhet. I intervjuet beskrev Tuva-Es et slikt eksempel:

Hun hadde aldri vært borte i strømpe-påtrekker før, den sykepleierstudenten. Og hadde sett at jeg holdt på med det med en annen pasient. Så, da tenkte jeg yes, så bra. Nå har hun fått et litt utvidet blikk og jeg kan fylle ut for henne og hun kan fylle ut for meg. Så da opplevde vi virkelig at vi var med i et team, fordi vi jobbet sammen mot et felles mål og tok i bruk hverandres kunnskap. Ikke fullt ut, men: hei, jeg ser at det er noe du kan som denne pasienten har bruk for. Så det var veldig, veldig bra.

Studentene delte mer enn gjerne erfaringer med hverandre for å vurdere eller følge opp felles pasienter. De oppdaget at de i fellesskap fikk frem flere sider ved problemene og alternative løsninger. For eksempel merket sykepleierstudentene at ergo- og fysioterapeutstudentene motiverte pasienter til egeninnsats på andre måter enn sykepleiere, slik Mette-Ss fortalte:

For det første så vet de hva som er riktig å gjøre i forhold til forskjellige plager. Hva som feiler pasienten og hva du må være forsiktig med og hvor langt du kan pushe. Fysio har en annen, hva skal jeg si, måte å motivere på og få frem ting og få til ting. Vi [sykepleiere] kanskje har litt lettere for å ta den, nå er du sliten, da skal vi ikke mase mer og jeg kan gjøre det for det deg, så slipper pasienten.

I feltarbeidet så jeg at sykepleierstudentene søkte hjelp fra andre profesjoner når de mente pasienten var passiv. De andre studentgruppene oppsøkte sykepleierstudentene for å få deres vurdering av endringer i pasientens tilstand. Tor-Fs kom med et eksempel på hvordan han brukte sykepleiernes registrering for å vurdere og dosere sin behandling:

Hver pasient er individuell, og må jo tilpasse tiltakene til dagsform og slike ting. Og da synes jeg det er nyttig. Og det brukte jeg sykepleier litt til. Hvis jeg var usikker på et eller annet, og ville ha andres synspunkter på de tiltakene jeg gjorde for eksempel. Da jeg kunne spørre sykepleierne: ok, hvordan var pasienten min etter at jeg hadde hatt den på trening, ble han sliten? Så sier de: nei, det gikk kjempefint og han sovnet godt, da vet jeg at jeg ligger på et nivå som er bra.

Eksemplene foran får frem hvordan studentene viste at de anerkjente andres praksis. Ved å trekke på Wenger (1998/2004) kan vi si at studentene som hadde samme pasientgruppe,

utviklet et tverrprofesjonelt praksisfellesskap. Dette viste seg i deres gjensidige engasjement i pasientforløpene og i hverandres læring. Felles pasienter var utgangspunkt og bindemiddel mellom profesjonenes kompetanse når studentene utviklet praksis. Studentene ble ressurser for hverandre og bidro til å forbinde aktiviteter og kunnskaper mellom profesjonene. Dette var meningsfulle sammenkjedinger av egen og andres viten med pasientens situasjon, og ble en ressurs i den enkeltes og studentgruppens praksis.

Et gjennomgående trekk var at studentene i løpet av praksisperioden, lærte noe av legenes kliniske undersøkelser for å sette diagnoser og medikamentell behandling. For legestudentene passet dette godt til profesjonens utdanning og kunnskapsbase, slik også avsnitt 7.3.1.2 viste. For de fleste ergo- og fysioterapeutstudentene gjorde postens praksis at de leste teori, ikke minst sykdomslære. Også Anne-Es som var kritisk til at medisin var sentralt i Tverrfaglig previsitt (kap.5.1.6), satte seg inn i hva pasientens medisinske tilstand betød i hennes praksis:

Jeg har lest om de fleste diagnosene som jeg var borti. Både hjertesvikt og demens og slikt. Vi har hatt om det, men det var greit at du visste hvordan du skal tilrettelegge for aktivitet, for det er det vi [ergoterapeut] jobber med. Så derfor er det viktig med enkelte diagnoser at du vet hvilke konsekvenser det kan ha og slike ting. Vi hadde aldri hatt om hjertesvikt på skolen, men vi har hatt mye om hjerneslag og demens. Det var veldig viktig, for hvis ikke jeg hadde visst hva det ville si å ha en sykdom, så kunne jeg komme med helt feil vurdering bare på grunnlag av det. Det at en pasient ikke ville klare å stå for eksempel på grunn av ødemer i bena, så kunne det ha med diagnosen å gjøre og ikke med bare motivasjon

Her kommer det frem at Anne-Es lærte at hun måtte ta hensyn til indremedisinske problem for å kunne vurdere pasientens aktivitet. Denne type kunnskaper viste seg også i studentenes praksis når de vurderte tidspunkt og resultat i sine tester i lys av at blodprøver tilsa infeksjon. For ergo- og fysioterapeutstudentene bidro pasientens indremedisinske problem til at de også leste emner ut over pensum. Tverrfaglige fora ga insitamet til å lese og var en kilde til å forstå medisinske perspektiv. Tor-Fs konkluderte slik om sitt læringsutbytte i praksisperioden:

Det er praksisen som jeg synes jeg kanskje har lært aller mest av i forhold til diagnoser og undersøkelse og tiltak for spesifikke diagnoser, da. Men også det med pasientbehandling selvfølgelig. Synes det er noen pasienter du lærer mer av enn andre.

Og slik beskrev Silje-Fs hvordan indremedisin ble en del av hennes læring:

Jeg merket det i forhold til de andre studentene nå [neste praksissted] at man kan mere i forbindelse med sykehus og prøver som tas og hva det er og hvorfor det tas og hva det indikerer. Så jeg synes at jeg lærte mye slikt utenom akkurat fysioterapi. Og det var fint. Jeg har lært en del nyttige andre ting, men jeg syntes det var gøy. Det blir til at man er nysgjerrig på hva det er de snakker om. Ja, så det førte til at man synes det var spennende og. Ja, ble litt mer ivrig på å lese seg opp på egen hånd på andre ting. Det ga en utvidet forståelse for pasienten. Det er ikke så rettet akkurat mot den gangfunksjonen som var litt feil, nei.

Pasientens problem avgjorde hvilke kunnskaper som var relevante å bruke, og synliggjorde hva studentene ikke kunne. Studentene oppdaget at legenes forklaringer og resultat av medisinske undersøkelser, var nyttige for å forstå pasientens problem og for sine vurderinger. I 5.1.6 så vi for eksempel at Tor-Fs trakk inn laboratorieprøver i sin vurdering av svimmelhet. Disse kliniske medisinske forhold så ikke ut til å utfordre sykepleierstudentene i samme grad som ergo- og fysioterapeutstudentene. Men også sykepleierstudentene trakk frem betydningen av denne type kunnskaper fra praksisperioden. Slik oppsummerte Mette-Ss læringsutbyttet:

Det jeg har sagt i ettertid er at den medisinske praksisen ga meg veldig mye, synes jeg. Eller jeg fikk god teoretisk ballast der, fordi legene var så flinke der. Det må jeg si. For det merket vi stor forskjell fra nå i kirurgisk praksis hvor legene på en måte bare overser deg fullstendig. Altså, de har ikke et sekund å avse til å undervise. Og det var de veldig flinke til på Studenttett post, synes jeg.

Ved Studenttett post underviste legene samtlige studenter, noe som de fikk mye ros fra studentene og personalet. I Tverrfaglige previsitt, Previsitt og i tilknytning til legevisitt delte legene sine kliniske vurderinger med andre. Dette er i tråd med Thörne, Hult, Gäre og Dahlgren (2012) som fant at den enkelte pasient er sentral i legers læring og også støtter andres læring. I samtlige studentgrupper var legenes bidrag et tydelig element i deres læring. Kari-Ls skilte seg ut og mente at legene kunne vært mer faglig engasjerte. Mulig forventet hun case-diskusjoner lik de i legenes morgenmøte. Per-Ls mente at slike pasienteksempler handlet om *rent klinisk epidemiologi tankegang* for å oppnå enighet i avdelingen om klinisk vurdering og tiltak. I previsitt og tverrfaglige fora gjaldt vurderinger den konkrete pasient:

Det er tverrfaglig previsitt som er hverdagen, og det er de beslutningene der som er viktige på en avdeling. Men det og på en måte å diskutere det sammen med den ene yrkesgruppen, og dermed uformelt måtte lage en slags konsensus på hvordan gjør vi det her, hva tenker vi her, høre de andres måter å resonnerer rundt. Det øker kompetansen på det man skal opp [på post] å gjøre etterpå.

Jeg fulgte opp med å spørre om en kunne gjort dette sammen med andre yrkesgrupper?

Jeg kan tenke meg at det er mange leger som ville ha kjedet seg litt, fordi de følte det ble for fragmentert eller det medisinske ble på for lavt nivå eller det. Ja jeg vet ikke.

Tverrfaglig previsitt og previsitt var viktige for studentenes og dels ansattes tilgang til medisinsk forståelse. Medisinsk kunnskap er kjernen i legers handlingsgrunnlag og legestudentenes læring. For andre profesjoner handlet dette om å lære deler av hva Abbott (1988:64-) omtaler som håndverksutgaven av ekspertkunnskap. Det varierte i hvilken grad studentene mente de trengte denne type kunnskaper for å forstå og vurdere problem og tiltak. Sitatet over speiler også noe av legestudentenes forventning til fremtidige oppgaver og plass i et lokalt kompetansesystem. Utsagnet kan tolkes som en form for grensearbeid, der hensikten er å hegne om profesjonens kunnskapsfelt og -utvikling (Gieryn 1983, 1999). Her var ikke

overlegen og legestudentene helt samstemte. Det var ganske typisk at overlegen i Tverrfaglig personalmøte løftet frem Tverrfaglig previsitt som en læringsarena for alle profesjoner, og ikke bare for å vurdere pasienters problem og av tiltak:

Alle må få vite hva andre tenker om pasienten, er også et forum for læring. Vi kombinerer informasjon med undervisningsaspekt, så alle får frem hvorfor de gjør slik og slik

I Tverrfaglige fora handlet det om både felles vurdering, studentenes læring og utvikling av praksis. Hvordan det ble tilrettelagt for læring i vurderingene, kan et eksempel vise. Selv når legenes fokus var laboratorieprøver, fulgte overlegen med så andre fikk vite det de trengte, slik eksemplet under illustrerer:

Eksempel 16

Lise-S Blir usikker med så høyt blodtrykk
Anders-Lo Ikke farlig sånn akutt. Har høyt kalium, lav kalsium, høyt fosfat. Er tegn på nyresvikt. Kalium går ned ved diuretika¹¹⁹, derfor gir vi ikke kalium
Sandra-Lt Alt er lavere verdier enn normen. Kalium?
Anders-Lo Bra kaliumverdi. Ta nye labbprøver i morgen. Vi må følge opp hemoglobin for anemi. Til Berit-Ss: vil du spørre om noe?
Berit-Ss Ja, hun har fått ødem
Anders-Lo Betyr at man er dårlig, når man får ødem
Berit-Ss Hun klør også
Anders-Lo Er typisk ved nyresvikt
Berit-Ss Hm. Vi skal flytte pasienten til et ledig enerom

Her utdypet legen sammenhenger mellom sykepleiernes blodtrykksregistrering og pasientens prøveresultat, sykdom og medisinerings. Studenten fikk hjelp til å tolke observasjonen slik at den ga mening. Også i kapittel 5.1. så vi at undervisning inngikk i møtepraksis.

Jeg la merke til at studentene og personalet lett ga til kjenne når de ikke visste og forstod. Legene engasjerte seg i studentenes og ansattes læring ved å få frem sammenhenger mellom klinisk medisinske kunnskaper og profesjonenes praksis. Typisk er det også at legene spurte studentene om de kjente forkortelser, og at de forklarte årsaker til og symptom ved sykdom og hvilke prøver som sa noe om diagnose og medikamentell dosering.

Anders-Lo: Kutter Marevan¹²⁰, INR er tatt. Spør studentene hva INR betyr.
Berit-Ss: Vet ikke. Hun spør om fysioterapeutstudenten vet, men hun rister på hodet.
Anders-Lo: INR verdi viser levringstiden for blodet. Hvis den er høy kan det gi blødninger
Legen oversatte forkortelser slik at alle kunne vite hva som skjedde. Etter hvert ble studentene fortrolig med de vanligste forkortelser og medikamentnavn. Andre forskningsresultat viser også at legers aktive deltakelse er positivt for studenters læring, uavhengig av profesjon

¹¹⁹ Diuretika er urindrivende middel, brukes ved hjertesvikt, ødemtendens, nyresykdom og ved høyt blodtrykk.

¹²⁰ Preparat, blodfortynnende/ antikoagulerende legemiddel

(Dornan et al. 2005; Larsen 2000; Pollard 2009). Dette handler om betydningen av «å lære ovenfra» (Nielsen & Kvale 2003:252). Ved å oversette og omforme begrep og kunnskaper (Carlile 2002, 2004) åpnet de for at flere kunne være med i felles meningsdannelse og bli deltakere. Det vil si at legene og særlig overlegene var det Wadel (2008) beskriver som innlemmelsesagent. De hjalp studenter til å ta ordet og delta i felles vurdering og meningsdannelse. Dette skjedde ved spørsmål og valg av faguttrykk (eks.1 & 3), eller ved at legene åpnet for diskusjon og viste sin usikkerhet (eks.2 & 5). Når samhandlingen bidro til deltakernes læring, endret denne indirekte deres posisjon og mulige innflytelse. Wenger (1998:138/2004:162) løfter frem at forskjeller i deltakeres erfaring og fellesskapets kompetanse fremmer dynamikk og utvikling i praksisfellesskap. Det vil si utvikling av felles tverrprofesjonell praksis gjorde det mulig å bli anerkjent som deltaker i kompetansesystemet.

Et av sykepleierstudentenes læringsfokus var å håndtere de mer koordinerende sider ved postens daglige drift. Et mål var å lede og koordinere sykepleier/-studenters lokale oppgaver. Det vil si de mange gjøremål som sykepleiere har og tar ansvar for i hverdagen (Olsvold 2010). Studentene engasjerte seg for å ivareta og samordne små og store gjøremål hele døgnet ved posten. Dette krevet oppmerksomhet særlig for de som ikke hadde arbeidet i helsevesenet før studiestart. Eksempelvis erfarte Berit-Ss at dette var noe hun trengte å lære og lære:

Jeg hadde klart å jobbe der, nå. Det hadde jeg greid, det er jeg helt sikker på. Men da ville jeg ikke bare jobbe. Da ville jeg også brukt mye, mye, mye mer tid på å lese mye mer, lese mye grundigere. Når alt er nytt så er det alt for mye, da. Du klarer på en måte ikke å fokusere på en ting av gangen. Det er tusen ting og du har en milliard knagger å henge ting på. Og du må få litt oversikt over veldig mye. Jeg synes jeg fikk oversikt, ja, det synes jeg. Alt fra å sette seg inn i hvordan hverdagen og dagsrytmen var på posten til å finne ut av hvordan å være gruppeleder til å ha ansvar, sammen med sykepleier stå for medikamenter. Og fordele arbeidsoppgavene slik at man kom seg gjennom dagen på en forsvarlig og ordentlig måte. I tillegg til alle ting som man må kunne noe om i forhold til sykdom, hjerte, nyrer, KOLS, lunger og dette bevegelsesapparatet som vi [sykepleiere] ikke kunne så mye om.

Sykepleierstudentene sørget for at pasientene ble stelt, fikk mat og medisiner til rett tid samt en mengde forefallende oppgaver. Dette var krevende og gikk på bekostning av at studentene engasjerte seg i teoretiske kunnskaper som medisinske forhold. Erfaringer fra sykepleiernes mer koordinerende funksjon ga mening og forståelse av hva sykepleierstudenter måtte kunne for å være profesjonell. Andre profesjoners studenter møtte ikke samme krav til koordinering og hadde mer avgrensede oppgaver i tråd med deres profesjon. Det var kun ved studenters fravær at de behøvde å samordne profesjonens gjøremål.

I løpet av praksisperioden forstod studentene betydningen av og verdsette sykepleiernes koordinerende oppgaver. Sykepleierstudentene møtte derfor mye velvilje fra andre når de trengte hjelp. Studentene lærte å kjenne profesjonenes funksjoner ved å være involvert i postens virksomhet. Etter hvert tok ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentene det for gitt at sykepleierne ivaretok nødvendig koordinering og oppfølgingsoppgaver. Erfaringene fra Studenttett post skapte forventninger til at sykepleiernes funksjon omfattet å samordne pasienters og postens døgn. Studentene utviklet praksisfellesskap (Wenger 1998/2004) over profesjonsgrensene og gjensidig ansvarlighet for felles praksis. Postens praksis synliggjorde pasientenes sammensatte problem, og de andre profesjonenes måter å forstå og handle hadde betydning i studentens praksis og videre læring. Legenes deltakelse gjorde sider ved medisinske kunnskaper relevant for andre profesjoner. Deltakerne tolket sine bidrag og praksis slik at det var mulig å kjede sammen kunnskapselement fra flere profesjoner. Fysio- og ergoterapeutstudentene utvidet sitt syn på pasientenes situasjon ved å trekke inn indremedisinske perspektiv. Ergoterapeutstudentenes deltakelse gjorde at pasienters daglige gjøremål og livssituasjon påvirket fysioterapeut- og sykepleierstudentenes praksis og deres forståelse av pasientenes problem. Fysioterapeutstudentenes deltakelse gjorde at sykepleierstudentene kunne videreføre mobilisering, og at de så sammenhenger mellom pasientenes situasjon og fysiske funksjon. Legestudentene tok ikke del i det tverrprofesjonelle praksisfellesskap, og deres læringsfokus var legers kjernekompetanser, klinisk medisin.

For studentene påvirket praksisperioden ved Studenttett post deres profesjonelle utvikling. De fikk prøve å være profesjonelle og erfarte hva de da måtte kunne. Praksisperioden var med å tydeliggjøre profesjonens oppgaver og hva andre profesjoner kunne og tok ansvar for. De erfarte at profesjonen ivaretok enkelte sider av pasientens problem. Samhandlingen over profesjonsgrensene fikk frem profesjonenes kunnskapsbidrag og oppgaver i praksisstedets virksomhet og praksis. Vi kan si at studentene hadde tilgang til perifere deltakerbaner (Lave & Wenger 1991/2003) til andre profesjoner ved posten. Slike muligheter ble støttet av postens kompetansesystem og tverrprofesjonelle kompetanseområder. Studentene erfarte å prøve seg som profesjonelle både i samhandling med pasienter og hverandre. Personalet trådte tilbake og lot studentene utforske hverandres virke og kunnskapsfelt. Ved å vise til Wenger (1998 :156/2004:181) kan vi si at studentenes mulige deltakerbaner ble til ved at de paradigmatisk samspilte med postens praksis og forventningene som studentene møtte fra medlemmene i sin profesjon. De paradigmatisk deltakerbaner og mulige forbindelser mellom

profesjonene ble synlige for studentene ved at veilederne var i halen på studentene og ikke omvendt. Unntaket er legestudentene. I sin samhandling utviklet studentene tverrprofesjonelle praksisfellesskap ved å forbinde både profesjonenes aktiviteter og kunnskaper. Studentenes engasjement i hverandres praksis og felles meningsdannelse påvirket deres deltakerposisjon. I utvikling av ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentenes fremtidige profesjonalitet er tverrprofesjonell praksis et element.

7.3.2 Studentenes deltakelse og læring ved Lien

Ved Lien tilhørte studentenes profesjonens studentfellesskap. Studentene fikk tildelt de oppgaver og pasienter som veilederen fant sentrale i profesjonens kunnskapsfelt. Veilederen hadde ansvar for å tilrettelegge for studenters læring, og studentene fikk tilgang til ganske perifere deltakerbaner i profesjonens lokale praksis. Studentenes tilhørighet til og bilde av profesjonens praksis ble dannet ut fra de tildelte oppgavene og deltakelse i profesjonens studentfellesskap. Til forskjell fra Studenttett post inngikk ikke studenters læring i postens og profesjonens lokale virksomhet. Ergoterapeutene åpnet for at deres studenter fulgte mer inngående deltakerbaner, og de skilte seg noe ut. Liens praksis åpnet ikke for at studenter deltok i tverrprofesjonelle kompetanseområder. Sporadisk åpnet en pasients problem for at studenter fra ulike profesjoner trakk inn flere profesjoners perspektiv for å forstå problemer.

7.3.2.1 Tilhørighet og fellesskap ved Lien

Her skal vi se at studentene tilhørte et studentfellesskap i profesjonen. Ergoterapeutstudentene ble litt tilknyttet profesjonens lokale fellesskap. Studentgruppene var sentrale når studentene forbandt erfaringer fra pasientarbeidet og profesjonens lokale praksis. Deltakelse i det lokale studentfellesskap var sentralt i studentenes læring og trivsel.

De fellesskap aktørene tilhørte, viste seg nærmest i hvor de spiste lunsj. Sykepleierne spiste på et møterom et stykke vekk fra vaktrommet. Fysioterapeutene spiste på sitt felleskontor, mens ergoterapeutene brukte et møterom nær sine lokaler. Legene spiste sammen i et møterom ved sine kontorer. Ergoterapeutstudentene var den eneste gruppen som daglig satt sammen med personalet når de spiste. Sykepleierstudentene foretrakk å sitte for seg selv i et lite rom i pausene, mens fysioterapeutstudentene satt på sitt studentkontor. Et sitat fra Stine-Ss viser at studentene brukte lunsjpausen til å dele erfaringer:

Hadde sikkert vært ok å spise sammen med sykepleierne her, men vi har selv valgt å spise for oss selv. Ok å kunne snakke sammen hvordan vi har opplevd ting: så du det, hørte du hva hun sa til pasienten. Hva gjorde de, og hva tenkte de da, slike ting. Får litt fri fra dem [sykepleierne] og de får fri fra oss.

Også fysioterapeutstudentene mente at det holdt å sitte sammen med profesjonen en gang i uken. Fysioterapeutenes fredagslunsj bestod av grøt eller suppe, og skilte seg fra pleiernes oppdising (kap.7.2.2). Studentene ble i beskjeden grad kjent med personalet og erfarte at det var veilederne som tok seg av dem. Sitatet fra Jorid-Fs får frem både studentenes forventning til og erfaring fra inkluderingen av studentene i profesjonens lokale fellesskap:

De [fysioterapeutene] har hatt så masse studenter og nye folk som kommer hele tiden. Da blir det slik: åh, skal vi lære oss navn på fire til og sette oss inn i dem i tillegg til alle pasientene de skal gjennom. Jeg tror aldri at studenter blir inkludert på den måten. For eksempel spiste vi bare lunsj med dem på fredager. Og det er veldig ofte den biten der som gjør du blir inkludert på andre ting. Men vi fikk jo i alle fall spise lunsj med dem [fysioterapeutene] på fredager

Studentene trivdes i profesjonens lokale studentfellesskap. Uten ansatte tilstede kunne de snakke fritt. De trengte ikke tenke over om de avslørte at deres kunnskaper og holdninger passet med det personalet forventet. For eksempel kom studentenes oppfatning av forskjeller mellom profesjonene frem i studentpausene. Dette illustrerer et eksempel fra feltnotatene, der tre sykepleierstudenter diskuterte sitt syn på leger ut ifra sine tidligere erfaringer:

Leger er ikke så personlige sier en. En annen følger opp: Tenker at en god lege er en som er flink, mer teknisk, kan operere. En god sykepleier må være personlig involvert, omsorgsfull. I sykepleien lærer vi omsorg. Leger lærer ikke å være personlige. Leger sier bare til pasienten: du har kreft. Den tredje sier da: Kan være at de ser så mange som har kreft i løpet av mange år. Det gjør at de ikke kan ta det inn, ikke viser empati, ikke blir personlig involvert. Jeg er selv er blitt mindre personlig involvert når pasienter dør etter at jeg har opplevd mange dødsfall i familien i en kort periode.

Diskusjonene i studentgruppen fikk frem deres forventninger både til egen og andre profesjoner. I profesjonens lokale studentfellesskap kunne studentene forbinde hendelser og sine opplevelser med forestillinger om profesjonalitet. For studentene var det meningsfylt å spørre, forklare og diskutere konkrete problem og profesjonell handling med medstudentene.

Også ved Lien var det å være flere studenter positivt for læringsmiljøet. Her var ofte flest fysioterapeutstudenter, det vil si fire. I intervjuene kom det frem at de var fornøyd med erfaringene fra Lien. Betydningen av profesjonens studentfellesskap for deres læring var eksempelvis synlig når Jorid-Fs sammenliknet arbeidsdagen ved Lien og neste praksissted:

Vi samarbeidet med de andre fysiostudentene, fordi der [Lien] hadde jeg noen å samarbeide med om ting. Vi fulgte med hverandre på pasienter. Vi diskuterte vel mer. Vi satt vel igjen nesten hver dag og til halv sju. Men på sykehus Z [neste praksissted], så tok jeg bussen ti over tre hver dag. Det var ikke noe å sitte igjen for. Ja, vi [fysioterapeutstudenter] var en egen liten boble. Ja.

Fysioterapeutstudentene fortsatte ofte å diskutere og øve ferdigheter sammen utover vanlig arbeidstid ved Lien. Deres læringspraksis innebar at de engasjerte seg i hverandres praksis og pasienterfaringer. Ved Lien utviklet og tilhørte studentene profesjonens studentfelleskap.

På samme måte som ved Studenttett post, var det «å lære fra siden» (Nielsen & Kvale 2003:252) avgjørende for utvikle kunnskaper og forståelse av fremtidig praksis. Andre studier har også vist hvor sentrale profesjonens studentfelleskap er i profesjonell utvikling (for sykepleier Henriksen 2010; Jensen 2006; Mogensen 1994, for ergoterapeut Rodger et al. 2011, for fysioterapeuter Skoien et al. 2009). Selv om studentene utførte deler av profesjonens pasientoppgaver, tilhørte de ikke profesjonens lokale fellesskap. For deres læring var det viktig å være med i profesjonens studentfelleskap. Studentene erfarte at de utførte delegerte oppgaver som betød lite i virksomheten. Et sitat fra Line-Fs illustrerer dette:

Men selvfølgelig vi hadde jo mye ansvar, så vi var kanskje ikke akkurat en byrde, da. Og de [fysioterapeutene] trengte flere til å behandle pasienter. Men du føler fortsatt at man er litt, man trenger egentlig ikke å være der, men man er der på en måte. Man føler kanskje at det fungerte like bra om vi ikke var der. Og de andre må bruke litt ressurser på å lære oss ting på en måte. Så det blir noe annet når man er ferdig utdannet faktisk. Man kan kanskje litt mer, eller man må jo lære mye fortsatt også. Men da har man i hvert fall det at man har kommet seg gjennom skolen og har i hvert fall stått til eksamen. Så da kan man i hvert fall noe, i motsetning til når man er student.

Deres studentposisjon var tydelig. Personalet så dem som studenter og ikke mulige kolleger. Studentenes kunnskaper strakk ikke til for å delta i profesjonens lokale fellesskap. Denne erfaring ga studentene innsikt i hva en posisjon som profesjonell, krevet at de kunne. Det var lagt til rette for *perifere deltakerbaner* (Wenger 1998:154/2004:179) i fremtidig profesjon for sykepleier- og fysioterapeutstudentene. Deres forventning til praksisperioden samstemte ganske godt med slik perifer tilknytning til lokale fellesskap i profesjonen og til posten.

7.3.2.2 Deltakerbaner i profesjonens praksis ved Lien

I dette avsnittet er temaet studentenes deltakerbaner inn i profesjonens praksis. Også ved Lien var diskusjon i profesjonens studentgruppe og med veilederen sentralt i studentenes læring. Til forskjell fra Studenttett post kunne alle studenter observere erfarne medlemmer i profesjonen. Dette åpnet for at studentene fulgte inngående deltakerbaner i sin fremtidige profesjon. Ergoterapeutstudentene kunne i større grad også følge inngående baner i profesjonen lokalt. Sykepleier- og fysioterapeutene fikk tildelt og tok avgrensede oppgaver, mer lik legestudentene ved Ringen. Studentenes perifere deltakelse i profesjonens lokale praksis tydeliggjorde hva de måtte kunne som profesjonelle.

Sykepleier- og fysioterapeutstudentene fikk tildelt oppgaver fra sin veileder. Fysioterapeutene *lånte bort* pasienten og fortsatte samtidig å være pasientens *primærfysio*. Sykepleierne delegerte konkrete oppgaver og lot sykepleierstudentene få delvis ansvar for enkeltpasienter. Vi kan si at deres legitime perifere deltakelse (Lave & Wenger 1991/2003) i profesjonens lokale fellesskap er ganske avgrenset. Ergoterapeutstudentene overtok ergoterapi for enkelte pasienter, og de deltok noe i profesjonens lokale fellesskap. Forskjeller i tilrettelegging for studenters deltakelse viste seg også i veiledersamtalen, slik utsnittet illustrerer:

Eksempel 17

Sylvia-F Alle [fysioterapeuter] er på en måte villig til å gi pasientene sine til studentene. Fordi jeg har i hvert fall hørt at andre steder så hvis det er noen gode slagpasienter, så vil man beholde dem selv. Og slik er det ikke her. De er veldig, når jeg sier: 'studentene trenger pasienter' så er det bare: 'ja, jeg har en kjempegod en, den [pasienten] må studenten ha'. Så de er veldig villig til å dele gode pasienter. Så det er lett å finne gode emner til studentene. Så det er et veldig all right sted å være student synes jeg.

Rundt bordet ja

Ruth-S Og tredje års studenter er mye flinkere. Det er ikke slik at veileder skal jobbe mye med dem. Men første års studenter, da blir det mye ekstra jobb for oss [sykepleierveiledere]

Sylvia-F Jeg synes det er mye jobb hele tiden. Det synes jeg uansett det er

Ruth-S Ja, det er klart. Men i tredje år er de mye flinkere. Så noen ganger kommer de og hjelper oss også. Når vi har første års studenter, ja, da blir det mye jobb med dem

Marit-E Jeg har nettopp hatt en student nå, som avlastet meg, ja, i hvert fall i tre, fire uker av praksisen. For meg så var det egentlig bare positivt å ha student

Rundt bordet: ja

Marit-E Men det er jo forskjell på studentene, så det

Sylvia-F Veldig

Ruth-S Det er det

Sylvia-F Ja, for det er mye jobb med å ha studenter. Du skal på en måte hele tiden følge opp og sørge for at de får utfordringer og du må vite hva de holder på med hele tiden og

Ruth-S Skrive rapporter er også ekstra jobb

Sylvia-F Ja. Men det er en veldig morsomt også

Marit-E Jeg synes faktisk det er ganske enkelt å finne utfordringer og, jeg. Nå har jeg så mange pasienter, så det er egentlig bare å plukke ut flere. Så det har aldri vær noe problem med det. Men det er kanskje annerledes med dere som har så mange [studenter]

Sylvia-F Ja, i perioder så, strever vi litt med at alle skal få pasienter og ha noe å bryne seg på. Men nå kan jeg også benytte resten av sykehuset. Så det at jeg har den muligheten også, det avlastet. Synes jeg det er mindre egnede pasienter i en periode, så kan hente andre fra andre steder. Og det krever bare enda mer jobb.

Veilederne var enige om at postens pasienter ga studentene nyttige erfaringer på veien mot å bli profesjonell. Implisitt lå oppfatninger om at studentene skulle lære å løse oppgaver og bruke profesjonens kunnskaper. For sykepleierne kunne studentene i siste studieår gi flere hender i daglig arbeid. Også ergoterapeutene erfarte at studentene kunne overta en del pasientarbeid. Veilederen for fysioterapeutene deltok ikke i klinisk arbeid. Hennes ansvar var å følge opp fire studenter og å finne pasienter som var gode eksempler og ga variert erfaring.

Ergoterapeutstudentene som nærmest erstattet ansatte, kunne følge mer det som Wenger (1998:154/2004:179) benevner *inngående deltakerbaner* i profesjonens lokale praksis. Fysioterapeutene og sykepleierne åpnet for ganske perifere deltakerbaner i profesjonens lokale praksis. Jeg sporet denne forskjellen i Tverrfaglig møte, der ergoterapeutstudentene var noe mer synlig aktive (kap.5.2). I studentintervjuene kom dette tydelig frem. Et sitat fra Aina-Es speiler betydningen studentenes ansvar i pasientarbeidet hadde i deres læring:

Veldig woaw! Hvor mye man egentlig ser i aktivitet. Også det her med morgenstell at man ser i det, hvor mye man kan kartlegge, hvor mye man kan finne ut i aktivitet. Som man ikke har erfart, i hvert fall ikke jeg har erfart det før. Senere var det egentlig det å få lov til å prioritere selv det man ville gjøre både for seg selv for egen læring og også med pasientene som jeg hadde veldig mye med å gjøre. Prioritere hva jeg ville fokusere på og få tilbakemelding på det. Men det er i samarbeid med veileder at den på en måte spør de riktige spørsmålene til meg etterpå. De spør jo de riktige spørsmålene til de [pasientene] hver gang. Hva er det man ser og hva er det man vil vite og opplever man det.

Veilederne synliggjorde profesjonens praksis ved å gi studentene delansvar for enkelte pasienter og oppgaver. Sitatet over viser også at veilederens spørsmål og tilbakemelding var sentralt for å lære, slik dette var i de profesjonsvise samtalen ved Studenttett post. I tråd med Liens praksis og den lokale oppgavefordeling, var studentenes læring konsentrert rundt profesjonens kjerneområder. Oppgaveutvalget avgrenset studentenes erfaringer og var tydeligst for fysioterapeutstudentene, slik Jorid-Fs beskrev:

Vi undersøkte etter primæren [fysioterapeut] hadde undersøkt. Så det var aldri slik at vi undersøkte for første gang, nei. På ingen av plassene, men i hvert fall på denne praksisplassen. De [fysioterapeutene] var jo interessert i å høre hvilke funn du hadde, og sammenligne og se at kanskje har ting blitt bedre, eller hvordan tester du det? Ja, for det er kanskje ikke alltid primærkontakten hadde tid. Så da var det; ja, men da går du på møtet da. Eller kan du skrive epikrisen eller sørge for at denne får en [fysisk institutt-] plass. De ga ansvar og forventet at du gjorde det. De forventet at du fant en [institutt-] plass til pasienten etter de skulle ut herifra, ja.

Fysioterapeutstudentene delte pasienten med en fysioterapeut som delegerte oppdrag til studenten, og som sjekket studentens kunnskaper og aktuelle ferdigheter. Av og til bidro primærfysioterapeuten med forklaring og viste teknikker. Vi kan forstå dette som «å lære ovenfra» (Nielsen & Kvale 2003:252). Uansett profesjon verdsatte studentene høyt det å lære konkrete ferdigheter.

Men i profesjonens lokale praksis var studenters læring mindre sentralt. De viktige bidragsytterne i studentenes læring ved siden av pasienter, var profesjonens veileder og studenter. Til forskjell fra Studenttett post spurte studentene veilederen fremfor andre. De erfarte at det var ikke like lett å spørre alle om hjelp, slik eksempelvis Stine-Ss fortalte:

Jeg har spurt veilederen min. Ingen spørsmål er dumme. Men det har man skjönt at det burde jeg egentlig kunne. Da har jeg kanskje gått til de andre studentene. Ellers så har jeg lest på det. Ja, spurt

de andre veilederne også, noen [sykepleiere] på de andre gruppene. De som jeg har følt at jeg fått best kontakt med og som jeg merker synes det er greit, de har lyst til å veilede og som er flinke til å forklare

Studentenes læring var først og fremst en praksis for profesjonens studenter og veileder(e). Ved Lien var studentenes tilstedeværelse ikke avgjørende hverken for pasienter eller profesjonens virksomhet. Vi kan forstå dette som at sykepleier- og fysioterapeutstudentene fulgte perifere deltakerbaner i profesjonens lokal praksis (Wenger 1998:154/2004:179). Utvalgte og avgrensede oppgaver ga mulighet til å lære sentrale sider av profesjonens praksis og kunnskapsfelt uten at studentene ble innlemmet i profesjonens praksisfellesskap. Her er en parallell til legestudentene ved Ringen som var perifere deltakere i profesjonen lokalt. Veilederne var med i studentfellesskapet som profesjonens representant. På samme måte som ved Studenttett post var disse fellesskap preget av gjensidig engasjement i studentenes forståelse av pasientforløp og profesjonens praksis. Både tema og språk viste til profesjonens kunnskapsfelt. Studentene løftet frem betydningen av diskusjon med veilederen for forstå hvordan de kunne utrede, vurdere og løse de delproblem som var profesjonens ansvar ved Lien. Her følger en illustrasjon, der Heidi-Es sammen med veilederen analyserte kognitive endringer hos en pasient etter hjerneslag. Aina-Es deltok også i samtalen:

*Heidi-Es spør veilederen om det finnes flere typer for apraksi¹²¹.
Hun får til svar at det er to hovedtyper: motorisk¹²² og idérasjonell¹²³ apraksi. Kan også ha nedsatt leddsans og synsfelt, men apraksi er mer helhetlig.
Aina-Es lurte på om det er rekkefølgen som er problemet for pasienten. Det er Marit-E usikker på.
Heidi-Es spør om utfall på høyre side gir problem med rom-retning.
Marit-E sier at det er ikke vanlig. Når det er stor grad av apraksi, er det vanskelig å si hva som er hva
Heidi-Es peker på at noe er vanskelig fordi armen ikke klarer det. Men pasienten motsetter seg jo også guiding av armen i påkledning. Må guide muntlig også.*

Utgangspunktet for veilederens og studentenes samtale var gjerne hva de kunne gjøre for å bedre pasientens funksjon og selvstendighet. Slik utforskning var knyttet til profesjonens oppgaver lokalt. Og som ved Studenttett post, hjalp denne type kunnskaper studentene å være profesjonelle i møte med pasientene. Kunnskaper som kunne bedre pasientens konkrete funksjon, passet med studentenes forventning til hva de trengte å kunne i profesjonelt virke. Andre har også pekt på at studenter legger vekt på kunnskaper som de kan bruke til å løse praktiske utfordringer (Hodgetts et al. 2007; Vågan et al. 2014).

¹²¹ Apraksi: svikt i å utføre viljestyrt, målrettet handling og skyldes ikke lammelse, sensibilitetstap, koordinasjon- og bevegelsesvansker. Problem med rekkefølge/delprosesser i sammensatte bevegelser, vansker med å bruke redskap

¹²² Motorisk apraksi: tidligere automatiserte bevegelser utføres lite hensiktsmessig, klossete & med stor anstrengelse

¹²³ Iderasjonell apraksi: Vet ikke hvordan aktiviteten utføres og rekkefølgen i den. Kjenner ikke bruk av kjente redskap

Sykepleierstudentene var også opptatt av de oppgaver som pleiernes gruppeleder hadde. Et eksempel fra en samtale etter Previsitten på vaktrommet speiler dette:

Sølvi-S forklarer Jane-Ss hvilke laboratorieprøver de skal bestille og som kan avdekke infeksjon. Hun legger til at egentlig er det legens ansvar. Men at de skal gjøre det nå, fordi legen var så travel. Så viser hun hvordan de fører 0 i pasientens medisinliste i kurveboken, når pasienten ikke har fått medisinen. Hun legger til at legen tar ansvar og følger opp videre medisiner, når han ser nullingen. Jane-Ss forteller at hun ikke helt vet hvordan hun skal ringe til bydelen, og hva hun skal si. Sølvi-S forklarer hvem hun skal ha tak i, og hvordan hun skal presentere seg. Si at Iversen skal reise, når og på hvilken måte. Dessuten si hva slags medisiner, resepter, henvisninger, hjelpemiddel og papirer han får med. Du må også fortelle at hans kone vil følge ham.

Samtalene med veilederen fikk både frem profesjonens oppgaver og hva som var sentralt å kunne i profesjonens praksis. Sykepleierstudentene trengte å forstå hvordan sykepleierne sørget for bestillinger, føring i kurvebøker og pasientoppfølging ved utreise. Dette er eksempler på noe av det som Olsvold (2010) omtaler som sykepleiernes sammenbindende oppgaver i sykehus. En måte veilederne løftet frem elementer i profesjonens kunnskaper var å la profesjonens studenter undervise hverandre. En gang i løpet av praksisperioden underviste sykepleierstudentene også pleiergruppen. Jane-Ss foreleste om regulering av diabetes. Den studentgruppen som Stine-Ss var i, tok for seg ernæring for eldre. Veilederen deltok i forberedelsene til undervisningen, slik som et eksempel fra feltnotatene illustrerer:

Eksempel 18

En student forteller at de har laget disposisjonen og at underernæring er mest aktuelt. Stine-Ss sier: Skal vi ta inn mer om slagpasienters ernæringsbehov? Skal vi gå ned på vitamin nivå? Skal vitamintilskudd tas sammen med? Skal vi sammenligne tilbud av mat med kostretningslinjene?

En av de andre mener de må avgrense seg og at det er mest eldre pasienter ved posten. Veilederen foreslår at de tar med hva som kan forbygge nye slag.

Stine-Ss lurer på hva som er mest aktuelt ved posten, ' hva er det de ikke vet?'

En av de andre nevner at de ser hvem som er tynne når de dusjer pasientene. Og at de som er tynne blir veidd og får spesialkost.

Sølvi-S: Mange steder følges dette ikke opp, blir glemt at de ikke får mat nok. Dere kan rose at de blir veid her, og finner BMI¹²⁴.

Stine-Ss peker på funksjonsnivået, de er inaktive og trener når de er her. Hun forteller at hun leste om vitaminer og forskjeller på fett- og vannløselige. Skiller ikke ut de fettløselige. Og spør: 'Er det for dypt?'

Sølvi-S: Bare ta opp det viktige og interessante for dere. Det er dere som skal lære i undervisningen. Ok at dere bekrefter det avdelingen gjør. Ok å få tilbakemelding fra studenter knyttet til pasientgruppen her. Ta med det dere synes er viktig.

Stine-Ss: Bra å få til en diskusjon. Ikke moro å ta opp ting de ikke vet. De kan mye om ernæring og ernæringsdrikk her. Får mat fra hoved-kjøkkenet, er et problem å få endret maten.

Sølvi-S: 'De trenger nok protein. Be dem tenke tiltak selv'.

¹²⁴ BMI står for Body Mass Index eller kroppsmasseindeks. Beregnes ut fra en persons høyde og vekt og gir et mål for mengden kroppsfett. Bli brukt for å vurdere over-/undervekt i forholde til alder og kjønn.

I tillegg til innholdet i undervisningen for personalet, var studentene opptatt av sin måte å undervise. I planleggingen brukte de sine studenterfaringer for å fremstå som kompetente i pleiergruppen. For studentene var det å undervise kolleger også en del av det å være profesjonell. Undervisning var en mulighet til å vise frem at de nærmet seg medlemskap i profesjonen. Veilederne vektla at studentene lærte når de satte seg inn i og formidlet kunnskap. Ved å trekke på Wenger, kan vi si at veilederne åpnet for *perifere deltakerbaner* lokalt, mens studentene ønsket å følge mer inngående deltakerbaner i profesjonen.

I ergoterapeutgruppen var det felles veiledning et par ganger i løpet av praksisperioden. Da viste studentene hvordan de brukte ulike ergoterapimodeller for å tolke pasientens problemer. Ellers var det ikke fastsatt møtetider for ergoterapeutstudentene. De begynte dagen med å lese elektronisk journal for sine pasienter, hvis de ikke skulle observere/trene PADL tidlig med en pasient. Av og til rakk veilederen og studenten å prøve ut teknikker før studenten møtte pasienten, hvis det var krevende for pasienten å kle seg selv, etter et hjerneslag:

Heidi-Es og Marit-E gjennomgår ulike måter å få på skjorten med bruk av en arm. Heidi har prøvd en måte med pasienten. Hun forteller at i trening av PADL fungerte det å kneppe skjorten delvis og ta den over hodet. Marit ber Heidi sjekke hvordan pasienten kledde på seg før slaget. Og se på skisse for påkledningsteknikker som henger over sengen til en annen pasient. Fordi 'vi må huske på pleierne'.

Konkrete ferdigheter og teknikker var også tema i andre studentgrupper. Til forskjell fra de andre, underviste fysioterapeutstudentene hverandre fast tre ganger i uken. Etter å ha lest i elektronisk journal (EPJ), gikk de rett til treningsalen. Ofte valgte studentene selv hvilke tema de ville ta opp. Mange tema var knyttet til konkrete utfordringer i pasientarbeidet, mens andre var mer generelle. Eksempler var undersøkelsesmetoder, belastningsforhold og trening etter hofteoperasjoner. For mange fysioterapeutstudenter er slike manuelle ferdigheter tydelig i deres forståelse av fysioterapi (Lindquist et al. 2006b). Studentene var også tilstede under en ortopedisk operasjon i praksisperioden. I tillegg til diskusjon og tilbakemelding fra veilederen var møte med pasientene sentralt i deres læring. Dette trekk var tydelig uansett profesjon.

Jeg lærte veldig mye når jeg fikk tilbakemeldinger av Sylvia-F, på forskjellige forslag til øvelser og slike ting. Både når hun var med og når vi snakket sammen. Du lærer mye av å diskutere pasienter. Men ellers så vet jeg ikke. Jeg lærte ganske mye bare av å være eller bare av å ha pasienter egentlig

Sitatet over er fra intervjuet med Line-Fs, og speiler at konkrete utfordringer i pasientarbeidet gjorde at de oppdaget hva de trengte å lære. Vi kan tolke dette som *inngående deltakerbaner* (Wenger 1998:154/2004:170) i profesjonens praksis. Studentene kunne følge slike baner fordi Liens praksis og veilederen tilrettela for læring i profesjonens kunnskapsfelt.

Gjennomgående fikk studentene positive tilbakemeldinger for hvordan de ivaretok sine oppgaver og pasienter. Samtidig var studentene bevisste på sin studentposisjon, og at de var ved Lien for å lære. Sykepleierstudentene var kritiske til å bli arbeidskraft i posten, og dette var et tema i deres lunsj. Til forskjell fra Studenttett post ønsket de å velge sine aktiviteter selv fremfor å være deltakere i profesjonens lokale praksis. Dette beskrev Stine-Ss slik:

Vi [sykepleierstudenter] er integrert i driften. Noen ganger kan vi være litt for integrert, hva vi mener at vi er andre steder. Eller hva personalet tror vi er der for. Alle situasjoner er læresituasjoner, men vi kan bli brukt som litt ekstra ressurs noen ganger. Så har man studenter i åtte måneder [i året], vil de ikke gjøre noe med ressursene, fordi det går greit så lenge man har studenter på posten. Fordi i den perioden blir sett som om at da har vi litt ekstra. 'Det er ikke noe problem nå på kvelden for dere, det er jo student også, da er dere mange'. Og vi skal jo hjelpe til og, for vi skal se hvordan det virkelig er. Men det går kanskje på muligheten til å gå og sitte og lese. Hvordan folk tar at man sier: 'nå vil jeg sette meg å lese'. Du føler ikke at du kan det. Nei, det er litt å forklare hvis ikke veilederen din er der, som du vet har de fått beskjed om at studentene har lov til å lese. Da er det nesten slik at man må si fra. Slik som da det ble til at studentene satte seg for seg selv. Ja, og bare: 'Nå setter vi oss for å få gjort noe med den undervisningen vi skulle ha'. Fordi det går ikke an å sitte på pauserommet for da føler man seg kjip, når man ikke tar klokken som [pasienter] ringer. Og det klarer man jo ikke heller. Så da må man gå bort, så man ikke synes, og vet at nå har jeg tid til å sitte med det.

Studentene avgrenset selv for sin aktivitet og deltakelse ut ifra hva de mente at de trengte å lære. Sykepleierstudentenes forestillinger om fremtidige profesjonell praksis og hva som var nødvendig kunnskap, avgjorde hva de deltok i. I lys av Wenger (1998/2004) kan vi forstå dette som om de innordnet Liens praksis i de deltakerbaner som de fulgte i sin profesjonelle utvikling. Ved å engasjere seg i utvalgte deler av profesjonens lokale praksis slapp de en del mer trivielle, praktiske gjøremål som å rydde og vaske utstyr. Derved unngikk de også å gå inn i og håndtere sykepleierens samordnende funksjon i postens virksomhet. Denne praksis har likheter med funn hos Larsen (2000:307) som viser at det er enklere både for student og veileder når sykepleierstudenter er med i avgrensede oppgaver. Beskrivelsen fra Stine-Ss samsvarer også med erfaringene som sykepleierstudentene ved Studenttett post hadde fra andre praksissteder. På denne bakgrunn synes praksisstudiene ved Lien å ha en form som var ganske vanlig i deres utdanning. Sykepleierstudentene ville ikke være ekstrahjelp, og dette begrenset deres engasjement både i Liens og profesjonens praksis. Selv når det var åpnet for mer inngående deltakerbaner, valgte de å følge perifere baner i profesjonens lokale praksis. Ergoterapeutstudentene erfarte at ergoterapeutene prøvde å inkludere dem i profesjonens lokale fellesskap, og de skilte seg noe fra de andre studentene. Ergoterapeutene og deres studenter spiste daglig sammen, og de hadde ikke lunsjen inkludert i arbeidstiden. Første gang jeg spiste sammen med dem ble jeg fortalt at *vi snakker ikke fag* i pausen. Alle deltok i pausepraten og teamene varierte, selv om gruppen nesten var den samme hver dag.

Ergoterapeutene sørget for at faglige tema ble lagt til møter og tidspunkt når studentene var der. Studentene mente at ergoterapeutene la til rette for at de deltok i profesjonens praksis.

Slik beskrev Aina-Es for eksempel dette og for sin læring:

På ergoterapiavdelingen var det ofte at de for eksempel utsatte en spesiell type behandling til når vi var der. Hvis vi skulle ha studiedag: 'ja, men da tar vi heller den testen når du er med'. Så det hadde de [ergoterapeutene] stort fokus på, og var de veldig slik at hvis det var noe spesielt som skulle skje på fagmøtene og slik: ja, men dette er aktuelt for studentene og. Og da tar vi det mens de er her.

Lært kjempe mye. Har fått prøve mye, har fått prøve meg på egenhånd, ikke minst, ja, egentlig. Jeg har lært, eller på en måte ikke lært så mye nytt. Men heller sett det i praksis og prøvd ut i praksis, det som vi har lært i teorien. Sett det som vi bare har hørt om før i teorien. Så det var og å prøve ut ting og litt på egen hånd og se hvordan ting egentlig fungerer.

Da spurte jeg: *Når du sier egentlig fungerer?*

Hvordan pasientene forholder seg til en oppgave. Vanlige Solitär spill for eksempel, som er veldig aktivitet som man hører om på skolen at det er så bra for alt mulig. Og hvordan er det egentlig pasienten forholder seg til det og skal gjøre en slik ting. Hvordan er de, hvor slitne er de, hvor mye hensyn må man ta til dagsformen deres og hvordan er det å bukke seg inn på dem. Og slike ting som er mer praktiske, å få ting til å fungere i løpet av en dag, få alle pasientene og hva en må ta hensyn til.

Selv om veilederen hadde ansvar å følge opp ergoterapeutstudenten, ble studentene også kjent med de andre ergoterapeutene. For studentene var det var greit å spørre andre ergoterapeuter.

Ergoterapeutene forklarte og demonstrerte gjerne for studentene slik de gjorde for kolleger.

Etter ganske kort tid tok studentene en stor del av ansvaret for å følge opp sine pasienter.

Tilsvarende de andre studentene, erfarte ergoterapeutstudentene hva slags kunnskaper som deres fremtidige arbeid fordret. Fordi ergoterapeutstudentene overtok oppgaver for veilederen, lærte de å organisere dagen for å rekke alle gjøremål. For ergoterapeutstudenter er det positivt for utvikling av profesjonell identitet å være selvstendig i pasientarbeid (Clarke et al. 2014).

Ved Lien var det ergoterapeutstudentene som var nærmest til å være deltakere i den tverrprofesjonelle praksis. For å følge Wenger (1998:154/2004:179) var ergoterapeutene den av profesjonene som åpnet for at studentene fulgte *inngående deltakerbaner* i profesjonens lokale praksis. Deltakelse i profesjonens lokale praksis og fellesskap var mindre vektlagt i sykepleier- og fysioterapeutstudentenes profesjonelle læring.

7.3.2.3 Deltakerbaner i og møte med de andre profesjonenes praksis ved Lien

Tidligere har jeg tatt opp at Liens hefter ga tilgang til tverrprofesjonelle kompetanseområder, og at elektronisk pasientjournal åpnet for hverandres skriftlige materiale. I dette avsnittet kommer det frem at det i liten grad var tilrettelagt for studenters deltakelse i tverrprofesjonell praksis. Veilederne tilrettela for læring i profesjonens kunnskapsfelt og bidro lite til å forbinde profesjonenes bidrag for studentene. Studentene erfarte at tilfeldige møter mellom studenter fra ulike profesjoner var en meningsfylt læringssituasjon. En slik hendelse fikk frem

betydningen av ulike perspektiv for å løse problem. Studentenes forventning til fremtidig profesjonalitet speiler Liens kompetansesystem mer enn tverrprofesjonelle praksis.

Til forskjell fra Studenttett post var ikke veilederne et praksisfelleskap ved Lien. Det var derfor første gang de satt sammen som veiledere i fokusgruppen. I fokusgruppesamtalen talte de på vegne av seg selv og profesjonen, og ikke som en veiledergruppe til forskjell fra Studenttett post. Underveis kom det frem at uansett profesjon, var deres utfordringer knyttet til det å følge opp studenter tidlig i studieforløpet og faglig svake studenter. Veilederne fremhevet fordelene med at posten hadde mange profesjoner som kartla og fastsatte problem. I feltarbeidet så jeg at veilederne manglet et fast felles fora, og at de ikke diskuterte studentenes læring og deltakelse over profesjonsgrensene. For Liens veiledere var ikke veiledning og læring et felles kompetanseområde. Dette til tross for at det var studenter der hele studieåret, og at tidspunktet for praksisperiodene nesten sammenfalt. Veiledernes mål og fokus for var at studenter lærte og brukte profesjonens kunnskaper. I veiledersamtalen kom dette frem slik:

Marit-E De [ergoterapeutstudenter] får med seg hele forløpet, arbeidsprosessen, som vi [ergoterapeuter] pleier å kalle det, da.
Sylvia-F Det er bare helt basisfysioterapi, hvor de [fysioterapeutstudenter] får prøvd seg på de tingene de lærer på skolen og satt det ut i praksis.
Ruth-S De [sykepleierstudenter] skal føle seg trygge og ta kontakt med pasienter. Også skal de utføre prosedyrer. Men det er alltid litt vanskelig for dem i begynnelsen, fordi de må bli kjent med pasienten og avdelingen. Men det går greit etter hvert, så føler de seg mer trygge og kommunikasjonen blir mye bedre

For veilederne var studentenes møte med og arbeid rundt pasienter sentralt for å lære. De oppgaver som studentene fikk, speilet profesjonens lokale ansvarsfordeling. I Liens praksis fikk studenters aktive deltakelse i tverrprofesjonelle aktiviteter og kompetanseområder lite oppmerksomhet. Dette så vi også i kapitlene 5.2. og 6. Videre kom det frem i kapittel 7.1.2 at det for nyankomne og studenter kunne være utfordrende å være deltaker. I veiledersamtalen ble det synlig at Liens praksis ikke omfattet studentenes læring. I aktiviteter der flere profesjoner deltok, var studentene ikke prioritert, slik dette utsnittet illustrerer:

Marit-E Det er vel ikke noe studenter ikke kan gjøre, men det er noen ganger de ikke får være med
Ruth-S Ja
Sylvia-F For eksempel får de kanskje ikke vært med på hjemmebesøk fordi det allerede er noen andre som skal være med. Eller de skulle gjerne vært med på møtet med kommunen. Men det er på en måte så mange som er der fra før, og da er studentene de første som blir presset ut

Studentene ble med andre ord ikke innlemmet i postens praksis slik at de fullt ut kunne følge opp pasientene. En og annen student deltok i et nettverksmøte med pasienten, pårørende og kommunens representant. Stort sett fikk ergoterapeutstudentene bli med på ett hjemmebesøk.

Veilederne forventet at studentene lærte å samarbeide og lærte om og fra andre profesjoner ved å møte i Tverrfaglig møte og å bruke elektronisk journal. Slik formulerte Sylvia-F dette, og hun fikk straks støtte av de andre veilederne: *Det er såpass mye tverrfaglige møter at jeg tror de får en følelse av at de møter og opplever de andre faggruppene på den måten.*

Personalet mente at tverrprofesjonelt samarbeid var viktig i pasientarbeidet. I starten av feltarbeidet hørte jeg stadig at Lien var ideelt sted for mitt prosjekt *for her er det tverrfaglig.* Men veilederne prioriterte i liten grad at studenter ble nærmere kjent med andre profesjoners oppgaver og kunnskaper. Et utsnitt fra veiledersamtalen illustrerer dette:

Eksempel 19

- Sylvia-F Det er klart vi [veiledere] kunne diskutert og brukt hverandre mer om studenter og vært med hverandre litt og slik. Men jeg har ikke funnet noe god måte å gjøre det på*
- Marit-E Nei, det er ofte det som blir nedprioritert.*
- Ruth-S og Sylvia-F Mmm.*
- Marit-E For jeg har gitt beskjed til mine studenter at de kan ta kontakt med fysioterapi og for å bli med å se. Men jeg må pushe dem veldig på det der. Og det er ikke så lett å gå inn på andres område.*
- Sylvia-F Ikke sant, det gjør jeg også.*
- Marit-E Og så er noe med at du har to måneder, da skal du lære ditt eget fag. Så det er tidsrammen og, tror jeg*
- Sylvia-F Men det er som du sier, det der å finne sitt eget fagfelt. Jeg tror også de har veldig et eget behov for bare å finne ut av hva er det jeg driver med, hva er det jeg holder på med, hva er det som er på en måte: 'jeg som fysioterapeut eller ergoterapeut'. Eller finne det før de klarer å samarbeide. Det er det der med å vite hva du selv gjør før du kan samarbeide med andre og kanskje kunne bidra med andre.*
- Marit-E Det er avhengig av initiativet fra dem [studentene], da.*
- Sylvia-F Ja, for de har vel også vært med hos fysioterapeutene, tror jeg. Om de da har vært akkurat hos studentene, det er litt varierende, tror jeg.*
- Ruth-S Ja, hvis det er for eksempel PADL, ikke sant, da tar noen [sykepleierstudenter] initiativet og sier: 'kan jeg bli med og se'. Så det er da noen.*
- Sylvia-F Ja, vi [fysioterapeuter] har også hatt en student, i hvert fall, som også var med bort til ergoterapeut og logoped. Men det var litt slik at studenten selv tok initiativ.*

Selv om postens praksis omfattet utvikling av tverrprofesjonell kompetanse, gjaldt ikke dette studentenes læring. Veilederne hadde liten tro på at det var meningsfylt for studenter å bruke tid på å spørre, forklare og vise for andre profesjoner. De la lite til rette for at studenter deltok i praksis med andre profesjoner. Ergoterapeutstudentene hadde mer ansvar for pasienter, og de var noe mer synlig aktive i Tverrfaglig møte enn de andre studentene (kap.5.2). Det var opp til studentene å bli kjent med andre profesjoners oppgaver og praksis. Veilederne mente at i utvikling av profesjonalitet, betød det å gjøre noe sammen med andre profesjoner ikke så mye. Studentene hadde liten mulighet for å følge deltakerbaner i Liens tverrprofesjonelle praksis. Læring i Liens tverrprofesjonell virksomhet innebar å følge med i Tverrfaglig møte, lese i heftene for Liens kompetanseområder, samt å skrive og lese i elektronisk pasientjournal. For studentene fremstod ikke personalet som et praksisfellesskap. De bemerket hvor lite

direkte samhandling det var mellom profesjonene. Heidi-Es's sammenligning av Lien og sykehjemmet der hun arbeidet, illustrerer dette poeng:

Her er bare ett møte i uka, mens på sykehjemmet har du rapporter to ganger daglig. Og der føler jeg mer fellesskap. Mens sykepleiere har sine møter sikkert om morgen, om ettermiddagen og rapport og slike ting. Og vi ergoterapeuter har jo bare stabsmøter og slike ting. Og så fysio, det vet jeg ikke, rett og slett. Og logopeden hun vet jeg ikke en gang hvor har kontor.

Studentene etterlyste flere møteplasser der flere profesjoner engasjerte seg i felles meningsdannelse. Sitatet speiler et typisk trekk og en klar forskjell fra Studenttett post, studentene oppsøkte sjelden andre profesjoner, selv når de hadde samme pasient. Lien hadde utviklet tverrprofesjonelle kompetanseområder, men studentene kunne konsentrere seg om profesjonens delproblem. Heidi-Es erfarte eksempelvis at hennes veileder var nøyde med å peke på hva som ikke var ergoterapeutens oppgaver. Det kunne være å skru av oksygenkolben eller at de i PADL hentet en sykepleier når pasienten brukte kateter.

Det todelte interessefeltet om pasienten medvirket til at sykepleierstudentene var de som tydeligst trakk inn medisinske perspektiv. De erfarte Previsitten som lærerik og var mer aktive i her enn i Tverrfaglig møte. Sykepleierstudentene bidro med kunnskap om sine pasienter, og de spurte om medisiner og prøveresultater. De ønsket å lære om kliniske medisinske prøver og medikamentell behandling i praksisperioden. Dette viser eksempelvis også Vågan et al. (2014). For sykepleierstudentene var profesjonens arbeid tydeligere i interessefeltet indremedisin enn i rehabilitering. Andre som har studert sykepleiere i rehabilitering peker på at deres fokus er grunnleggende praktiske ferdigheter og i mindre grad forståelse av sykepleie i rehabilitering (Long et al. 2002; O'Connor 2000; Pryor 2007; Pryor et al. 2009).

Gjennomgående kjente ikke studentene helt til hvordan andre profesjoner undersøkte, behandlet og ivaretok felles pasienter. For eksempel antok fysioterapeutstudentene at ergoterapeuters håndtrening handlet om å bruke bestikk og kjøkkenutstyr, ulikt fysioterapeuter som trente grep og styrke med klosser, baller, pinner og erteposer. Jeg observerte at begge profesjoner kunne bruke samme type redskap i håndtreningen. Videre at ergoterapeutene brukte varmpakning og elektrisk stimulering, noe som også fysioterapeuter bruker. Ergoterapeutstudentene antok at fysioterapeuter trente balanse uten å inkludere bruk av armer, hender og gjenstander. Og da ulikt ergoterapeutene som øvet balanse ved å la pasienten flytte ringer på et stativ/tre. Jeg observerte at fysioterapeutene i balansetrening lot pasienter øve på å bevege hodet, kropp, ben og armer samt bruke gjenstander. De som kanskje

fikk mer innblikk i hva andre trente, var sykepleierstudenter som skulle følge opp andres tiltak. Men som et sitat fra Stine-Ss får frem, forutsatte dette kunnskap om andres tiltak og fordret observasjon av hva som faktisk ble gjort for å forstå hvordan og hvorfor ting ble gjort:

Vi [sykepleiere]er vant til pasienter som egentlig, kanskje behøver hjelp til mye. Mens her skal man jo motivere og se hva de kan. Så når jeg var med på den fysioterapitimen første gangen med pasienten som jeg hadde litt ansvar rundt. Så ble jeg kjempeoverrasket over hva hun faktisk kunne. Og det var den læringen, som man var veldig bevisst på, som vi [sykepleierstudentene] har pratet mye om at det lærte man mye av å kunne se, for det er vanskelig å vite om man presser for mye eller det: kom igjen nå, også kanskje de ikke kan det likevel.

Det kunne være en utfordring for studentene å forstå hvordan andre profesjoners tiltak og vurdering kunne bedre pasientens delfunksjon. Først i møte med andres praksis ble studentene oppmerksomme på hvordan og hvorfor tiltak ble utført. En sentral faktor her er at praktisk kunnskap ikke alltid kan formidles verbalt (Grimen 2008a). Det var forventet at studentene kunne handle i tråd med profesjonens kriterier for god praksis. Dette eksemplifiserer hvordan know-how og handlingsregler for praksis er sosialt definert av profesjonen og blir videreført til fremtidige medlemmer (Rolf 1991:110-). For studentene ble det derfor ikke tydelig at i Liens kompetanseområder gjaldt flere og tverrprofesjonelle handlingsregler. Ved å kartlegge og behandle pasienters delproblem som Liens daglige praksis tilsa, forble studentene perifere deltakere i sin profesjons praksis. Dette bidro til studentenes forestilling om hva som var profesjonens oppgaver, og hvilke kunnskaper de trengte. Studentenes bilde av sin fremtidige profesjonalitet svarte til den lokale praksis, der profesjonene splittet opp pasientenes problem og fordelte delproblemene mellom seg. Det vil si en mer flerfaglig virksomhet og praksis.

Den perifere studentdeltakelse i Liens praksis og kompetanse som veilederne tilrettela for, kommer frem i noen av unntakene. Dette er hendelser der studenter krysset profesjongrensene i sin samhandling. Flere studenter fortalte hvordan de oppdaget at de kunne bruke deler av andre profesjoners kunnskap. For eksempel beskrev Jorid-Fs møte med en ergoterapeut, der hun lærte om hjelpemiddel og ulike måter å mestre daglige gjøremål:

Hver gang jeg skulle ha noen hjelpemidler, uansett hvilken pasient det var til, så snakket jeg med Alex-E, selv om det var til den andre gruppen. Det blir noen du tar kontakt med noen fordi det var de som åpnet mest opp for det, eller det virket ikke som det var til så mye bryderi. Det hjalp litt. Alex-E var nok opptatt han og, men han tok seg i hvert fall tid til å forklare litt og vise, ja. Hvordan du fant hjelpemiddel på lagret, hvor du skulle skrive og signere. Jeg lærte mye den dagen da han viste meg tilpasning av badebrett Hva han tenkte og han snakket litt mens han holdt på. Hvor han tenkte seg at det måtte til et håndtak. Og spørsmål han stilte for å finne ut hvordan det var hjemme. Fikk innblikk i hvordan ergoterapeuter jobber. De og kan jo veldig mye om forflytning. Kanskje mer i alle fall i daglig livet, enn det jeg har tenkt på før. Ulike måter å komme seg inn i det badekaret på, han klarte å finne på tre stykker. Mens jeg stod der og slet med å finne på en. Han sa, da prøver vi den foten, eller

den armen. Veldig kontroll på hvilken arm og fot som skulle komme først for at det skulle bli enklest mulig. Så det ble jeg ganske imponert over.

Ergoterapeutenes kunnskap om hvordan daglige gjøremål kan gjøres, var overraskende for fysioterapeutstudenten. Med bakgrunn i Liens kompetanseområder og kompetansesystem, forventet de at fysioterapeuter var ekspertene i forflytning. Så kom det frem at når det gjaldt forflytning i andre situasjoner som i pasientens hjem, var ergoterapeuten også ekspert. Sitatet viser hvor uvanlig det var at ansatte veiledet andre profesjoners studenter. Et poeng er også asymmetrien mellom studentene og personalet. Samhandling mellom studentene og andre profesjoner var liten og personavhengig. Det var studenten som måtte ta initiativ, og måten som den profesjonelle møtte studenten var avgjørende. Selv trygge studenter, som Jorid, kviet seg for å oppsøke og spørre ansatte, ikke minst i andre profesjoner. Ved Lien var studenters læring profesjonens ansvar, mens ved Studenttett post var dette et tverrprofesjonelt ansvar og kompetanseområde. Liens praksis understøttet deltakerbaner i profesjonens praksis og lite i postens tverrprofesjonelle praksis og kompetanse. I intervjuene kom det frem at studentene hadde få slike møter med andre profesjoners praksis. Vi kan forstå møtene som *grensebesøk* (Wenger 1998:112/2004:134) i andre profesjoners praksis. Slike grensebesøk åpnet for at studentene lærte konkrete ting som bestilling og bruk av hjelpemiddel. Møtene var også opphav til å endre oppfatninger av profesjonenes oppgaver og kunnskapsfelt.

Samhandling mellom studenter over profesjonsgrensene avvek fra vanlig praksis. Slike hendelser var meningsfulle for studentene, og gjorde at de engasjerte seg i hverandres læring. For eksempel beskrev Heidi-Es et kort møte mellom en ergo- og fysioterapeutstudent. I studentenes diskusjon ble det klart at de hadde ulik forståelse av tiltak for å bedre balanse:

De [fysioterapeutstudenter] kan gi oss tips og omvendt, dele erfaringer. Slik som her om dagen så pratet jeg med Helen-Fs i forhold til Olsen. Jeg synes han er vanskelig i forflytning, derfor synes jeg det var greit. Hva kan jeg gjøre for at morgenstellet kan bli bedre og slike ting. Samtidig så forklarte hun meg hvordan jeg skal gjøre og blant annet å gå bak å holde i gåbeltet. Så tenkte jeg at det blir litt vanskelig å holde i et belte, for du har ikke belte på deg i morgenstellet, ikke sant. Da blir det litt at den situasjonen ser ikke de [fysioterapeuten], for de er ikke med i PADL. Og det blir en litt annen situasjon når du ikke kan ha belte på. Ja, for det som hun fortalte meg, det var at du ikke skulle holde her (viser på egen skulder og brystkasse) eller stå mot ryggen her, for de lener seg mer på [en side] med overkroppen. At en skulle holde mer på hofta og få pasienten til å legge mer trykk på foten, og kanskje lene seg litt mot meg. Men når pasienten ikke har belte på seg, så er det ganske skummelt. Så da ble vi på enige om at da må du holde litt, for hvis han faller, så må du bare holde der. For han kan plutselig komme dettende. Så situasjonen blir litt annerledes, når du ikke har belte. Ja, det problemet tror jeg ikke hun har sett i det hele tatt. Det var slik at jeg tror at vi begge to var litt klokere etterpå, i forhold til å tenke litt bredere. De [fysioterapeuter] er nok opptatt av det fysiske og slikt. Men slik som vi [ergoterapeuter] er kanskje litt mer opptatt av de daglige ting. Så vi forente det på en måte. Slik at hun kanskje kunne se litt mer at det var ekstra viktig å trene på det. Fordi du kan ikke stå med belte om morgenen heller, for det blir en feil situasjon å bruke belte på.

Pasienten hadde hatt hjerneslag og øvet både gange, balanse og PADL, og studentene prøvde å forstå problemet de stod overfor. De brukte både kunnskaper om mestring og om endring i kroppsbruk og tyngdeplassering ved hjerneslag. Samhandlingen åpnet for å knytte erfaringer fra å øve med pasienten sammen med teoretiske kunnskaper. Ulikt Studenttett post var det få slike grensemøter ved Lien. Møtene oppstod tilfeldig, men de var lærerike for studentene. Meningsdannelse rundt felles pasienter gjorde det mulig å forstå både hvordan og hvorfor tiltak ble gjort. Praktiske kunnskaper var ofte sentralt i læringen. Demonstrasjon og kroppslig prøving kan være nødvendig når praktisk kunnskap skal formidles og læres (Grimen 2008a). Grensemøtene var en mulighet for «å lære sideveis» (Kvale og Nielsen 2003:252) over profesjonsgrensene. Med henvisning til Rolf (1991:118-) kan vi si at studentene utforsket sine profesjoners know-how. Sammen lærte de en måte å håndtere et felles problem, og de utviklet felles forståelse av hva som var god praksis for den aktuelle situasjonen. Slik tverrprofesjonell samhandling og meningsdannelse fikk frem profesjonenes handlingsgrunnlag.

Studentene var perifere deltakere (Lave & Wenger 1991/2003) i profesjonens praksis. Pasientenes sammensatte problem krevet innsats fra flere profesjoner. Kompetansesystemet bidro til at studentene erfarte at kompetanse var knyttet til å gjøre pasienter selvstendige. Møte med andre profesjoners aktivitet og perspektiv påvirket deres forståelse av pasientens situasjon og hvilke kunnskaper som hadde betydning. To eksempler illustrerer sider ved sykepleierstudentenes læring. Stine-Ss fortalte om forskjeller i måten som sykepleierne og ergoterapeutene utførte morgenstell:

Det er forskjell hva ergoterapeuten har gjort. Etter hvert så kunne jeg se: åh, ja, det er lurt å gjøre i stell spesielt de som har neglekt på høyre eller venstre side at man da setter tingene der. For det var kanskje ikke fortalt av sykepleierne på samme måte. Så jeg tror at man gjør det annerledes fordi ergoterapeuter har lært mer hvordan man skal stille spørsmål og hva man skal se etter. Vi hadde kanskje tenkt at det må to stykker til for at den pasienten skal få til det og det. Og så ser man hvis man tilrettelegger, så går det helt fint. Men det vet jeg ikke, jeg fikk en mer forståelse for det.

Jane-Ss beskrev hvordan hennes forståelse av fremtidig profesjonell praksis endret seg:

Mye fokus på ressurser. Rehabilitering bygger på ressurser, og vi [sykepleiere] skal ikke hjelpe pasienter så mye som på sykehjem. Jeg lærte å tilrettelegge, ikke gjør for pasienten, og oppmuntre til å bruke egne ressurser for å bli selvstendig. Vi skal bare tilrettelegge for pasienten, og ikke ta fra pasienten alt initiativ som på sykehjem.

Sykepleierstudentene erfarte at omsorgsperspektivet kom litt i bakgrunnen, og at andre typer kunnskap endret deres måte å forstå og hjelpe pasienter. I interessefeltet rehabilitering var ergo- og fysioterapeutenes posisjon sterke. Sykepleierstudentene tilla de to profesjonene ekspertrolle for rehabiliteringspasienter (kap.7.2.2). Samtidig var sykepleiernes sentrale

posisjon knyttet til at de videreførte andres tiltak i pasientenes hverdag. Pryor (2007) fant at sykepleiere i rehabiliteringsenheter er opptatt av at pasienter klarer mest mulig selv. Videre at de ikke kan tilstrekkelig om PADL som ledd i opptrening og trenger å lære av andre på stedet. Dette siste har også Long et al. (2002) pekt på. Ved Lien var tverrprofesjonell kompetanse knyttet til pasienters selvstendigjøring, og dette påvirket hva sykepleierstudentene lærte der. Handlingsgrunnlaget for praksis ved Lien gjorde at sykepleierstudentene erfarte at profesjonens omsorgsperspektiv ble utfordret. Dette påvirket deres oppfatning av deres fremtidige profesjonalitet, og hva de trengte å lære.

Kombinasjonen av kompetansesystemet og studentenes måte å delta i profesjonens og Liens praksis, bidro til studentenes oppfatning av profesjonens posisjon. Ved å forstå dette som *paradigmatiske baner* (Wenger 1998:156/2004:181), var denne kombinasjonen med å forme studentenes forestilling om fremtidig profesjonalitet og posisjon. Ergoterapeutstudentene var opptatt av at andre trengte å vite mer om hva ergoterapi betød i problemfastsetting og tiltak for pasienter. Tidligere har jeg pekt på at ergoterapeutene ønsket å synliggjøre profesjonens bidrag. Liens vekt på skriftliggjøring, møtepraksis og lite direkte samhandling gjorde at ergoterapeutene ikke helt så at andre brukte profesjonens bidrag i sin praksis. Eksempelvis formulerte Heidi-Es seg slik om å synliggjøre ergoterapi:

Ja, du blir jo mye mer bevisst da, på hvem du er. Når du nesten må forklare hva du jobber med, hvorfor du gjør det du gjør og slike ting. Og da blir du mye mere sikker i din posisjon. Og samtidig så vil jeg ikke at det skal bli slik der forsvarssituasjon. Der vi forsvarer faget. For det skal ikke være nødvendig. Men at vi heller: hva er det jeg kan bidra med. Og hva vi [ergoterapeuter] synes er viktig.

Det er også spor av at ergoterapeutstudentene forventet at sykepleiere og ergoterapeuter kivet litt om delte områder som morgenstell/PADL, eksempelvis som i dette sitat fra Aina-Es:

Og på en måte så tror jeg at sykepleierne føler at det er litt deres jobb akkurat den PADL-en. Og at vi [ergoterapeutene] kommer og tar deres jobb på en måte. Og derfor så tror jeg at det er viktig at vi ikke er der for mye, vi kan ikke gå inn hver dag til samme pasient. Man [ergoterapeuten] er ofte inne kanskje en gang i uken. I hvert fall hvis det er ganske mye å ta tak i. Men jeg tror at de [sykepleierne] har det mye mer travelt i PADL enn oss. Vi har en pasient, og de har i hvert fall tre som de skal ha unna på en time. Så de kan ikke få med seg alt. Jeg tror ikke de er opplært heller til å stå med hendene på ryggen. De tar gjerne stell i seng hvis det er lettest.

Ergoterapeutstudentene ville gjerne få frem fagets betydning og styrke profesjonens posisjon. Intervjuene kan reflektere holdninger som studentene hadde før praksisperioden. Andre studier viser at studenter har med seg stereotyper om profesjoner før studiestart (Hean et al. 2006a) og før praksisstudiene (Jacobsen & Lindqvist 2009). Ønsket om å markere profesjonen kan være tegn på at ergoterapeutstudentene selv trengte å forstå ergoterapi bedre. Howell

(2009) fant i sin studie om tverrprofesjonell utdanning at ergoterapeutstudenter skiller seg ut ved å ha svakere profesjonell identitet. Videre mener de at andre undervurderer ergoterapi. Ved Lien pekte de andre studentene på betydningen av bidrag fra ergoterapeutene, og dette passer ikke helt med ergoterapeutstudentenes oppfatning. Dette kan forstås med bakgrunn i Liens kompetansesystem. Slik reflektere Stine-Ss rundt sykepleiernes bidrag:

Jeg vet ikke. Kanskje noen [profesjoner] kunnet lært litt rundt, ja, nå blir det litt klassisk: det å se mennesket bak pasienten. Men jeg har sagt at her har jeg synes noen ganger at det har vært omvendt. At det har vært ergoterapeuten som har gitt informasjon som sykepleierne kanskje burde visst etter å ha kjent pasienten så lenge. Men det er også individuelt hvordan man er som person. Så derfor synes jeg det er litt vanskelig. For man har alle forskjellige områder. Så ergoterapeuten, fysioterapeuten har i arbeidet sitt muligheten til å bli ordentlig kjent med eller velge hva slags kunnskap eller hva slags forhold de vil ha til pasienten. Og hva de mener er nyttig og slike ting. Vil tro at man ville vite mest mulig for å forstå pasienten. Og kanskje sykepleierne er kommet nærmere i det daglige. Men det er kanskje det med dagen, litt med å forklare: vet du at i dag har han ikke spist så mye, så han burde ikke ha så hard trening. Sovet dårlig i natt, sovet bra. Og pratet mye om dette. Var bra, men nå.... Ja. Så det er litt mer de tingene som ikke de andre yrkesgruppene kan observere så mye eller være tilstede for å se. For å få helheten i hvordan det går med pasienten og forklaringer på hvorfor man kanskje ikke gjorde det så bra den dagen eller falt litt tilbake i treningen og slik.

Stine mener at ergoterapeutene vurderte og kjente pasientens situasjon minst like godt som sykepleierne. Hun peker på at andre har nytte av sykepleiernes fortløpende vurdering av pasienters tilstand. Kapittel 6.2. løfter frem hvordan elektronisk pasientjournal gjorde at deltakerne brukte hverandres kunnskap om pasienten. Ved Lien var det ikke profesjon, men kunnskap om pasienters problem, ressurser og mulige tiltak som avgjorde hvem som var kompetent. Sykepleierstudentene synes å stille spørsmål ved sine medbrakte oppfatninger av sykepleieres selvforståelse. Dette kan være uttrykk for at sykepleiere har en mer uklar rolle i rehabilitering, slik blant annet Pryor (2007) finner.

Også blant fysioterapeutstudentene hadde ergoterapeutenes bidrag betydning for å forstå pasientens situasjon. Dette påvirket også deres forventning til fremtidig profesjonell praksis. En slik endring fant jeg blant fysioterapeutstudentene ved begge sykehus. Sitatet under fra Line-Fs speiler at hun i løpet av praksisperioden oppdaget hva kunnskap om pasientens aktivitet, deltakelse og omgivelser hadde å si for hennes vurdering og tiltak:

Mer det å klare å se fysioterapeutens rolle. Det å tenke at pasienten faktisk hører hjemme i et miljø, og ikke bare har sin egen kropp, eller hva jeg skal si. Hvis du skjønner hva jeg mener da? Tenker mer helhetlig eller det at fysioterapeuten også har en rolle i det. I motsetning til det å bare behandle akkurat på impairment nivå¹²⁵, fordi det tror jeg at jeg tenkte litt i begynnelsen. Du fikk kanskje se mer alt rundt. For når du bare går på skolen, så blir det veldig mye bare terapeuten og pasienten. Og jeg følte jeg lærte veldig mye i forhold til å tenke hjem for pasienter. Det med å tenke at de skal faktisk

¹²⁵ Impairment viser her til ICF som rammeverk og endring i pasienters organstruktur og -funksjon. ICF omfatter i tillegg endring i personens aktivitet og deltakelse (Sosial- og helsedirektoratet 2003:18)

tilbake til hverdagslivet, så det er ikke så viktig hvor mye fleksjon¹²⁶ han har i kneet, men det er viktig om han klarer å reise seg opp selv. Og også det å tenke, hva har de hjemme. Eller det blir egentlig litt det her ergoterapi, ergoterapeutiske og: hva skal man hjem til, har de trapper, tepper, alt mulig slik.

Fysioterapeutstudentenes oppfatning av hva god fysioterapi var, endret seg i praksisperioden. Deres erfaring fra Lien førte til utvidelse av hva de trengte for å kunne vurdere pasienters problem og tiltak. Også ved Lien fikk ergoterapeutenes bidrag betydning for sykepleier- og fysioterapeutstudentene syn på sin fremtidige profesjonelle praksis. Til forskjell fra ergoterapeutstudentene antok de at andre verdsatte og brukte profesjonens bidrag. Sykepleier- og fysioterapeutstudentene forventning til fremtidig praksis omfattet ikke tydelig at de skulle arbeide for å styrke profesjonens posisjon.

Hovedfokus i studentenes læring var profesjonens oppgaver og praksis. Uansett profesjon var de fornøyd med læringsutbyttet fra perioden, i likhet med studentene ved Studenttett post. Fysioterapeutstudentene var opptatt av metoder for undersøkelse og behandling, samt sammenhengene mellom dem. Tilsvarende engasjement viste ergoterapeutstudentene. Erfaringene fra Lien tydeliggjorde profesjonens kunnskaper og bidrag i pasientarbeidet for studentene, ikke minst for ergoterapeutstudentene. Slik beskrev Heidi-Es sin læring:

Ja, jeg har aldri lært så mye før i praksis. Vi har ikke hatt så mange praksiser, men jeg føler jeg har lært kjempe mye. Så når jeg tenker i ettertid nå, så kan jeg tenke: oi, jeg har lært enda mer enn jeg egentlig trodde. Og lært mye i forhold til det kognitive og fysiske som med pareser og paralyser. Så jeg føler at jeg har fått full pakke egentlig. Og ergoterapeuter jobber i mange jobber mye med det kognitive. Så det er greit å ha en plattform. I forhold til utdanningen at jeg har sett det i praksis, for det er jo litt spesielt kognitive vansker. Så tenker jeg det er kjempenyttig å ha med seg på en måte. Og det er egentlig ingen andre yrkesgrupper som jobber så aktivt med kognitive vansker. Du har nevropsykologer, men de er det jo bare noen få av. Så jeg har lært kjempe mye.

For ergoterapeutstudentene fikk Liens praksis frem hva profesjonens bidrag hadde å si for utredning og tiltak. De viste ikke til en utvidet forståelse pasientens situasjon slik fysioterapeut- og sykepleierstudentene gjorde. Liens praksis styrket ergoterapeutstudentenes tro på profesjonens kunnskapsfelt og posisjon i forhold til andre profesjoner. Vi kan forstå dette som at de fulgte mer *inngående baner* (Wenger 1994:1542004:179) i profesjonens lokale praksis enn de andre. Clarke et al. (2104) fremhever at ergoterapeutstudenter ofte har en uklar rolleforståelse, men at selvstendighet i klinisk praksis kan gjøre rollen tydelig for studentene. Studentenes tilhørighet i profesjonens lokale fellesskap viste seg i hvordan de oppfattet og omtalte profesjonens plass i det lokale kompetansesystem.

¹²⁶ Fleksjon betyr å bøye i et ledd

Ved Lien var det i ulik grad tilrettelagt for studentenes deltakelse i profesjonens lokale praksis og fellesskap. De *paradigmatiske baner* (Wenger 1998:156/2004:181) forbandt studentenes mulige deltakerbaner med postens kompetansesystem og kompetanseområder. Profesjonens veileder hadde ansvaret for å tilrettelegge for studentenes læring. Studentenes deltakerbaner var rettet i profesjonens praksis og mindre i den tverrprofesjonelle praksis. Profesjonens lokale praksis gjorde at profesjonens lokale posisjon inngikk i studentenes bilde av fremtidig profesjonalitet. I studentenes læring var grensemøter med andre profesjoners praksis meningsfylte hendelser som bidro til å tydeliggjøre profesjonenes oppgaver. Disse tilfeldige møter åpnet for felles meningsdannelse over profesjonsgrensene. Liens praksis med vektlegging av skriftliggjøring gjorde det utfordrende for studentene å gi andre profesjoners bidrag mening i sin praksis. Direkte samhandling over profesjonsgrensene har betydning når studenter skal forstå andre profesjoners handling og handlingsgrunnlag, og er et hovedtrekk ved Studenttett posts praksis.

7.4 Delta og lære i tverrprofesjonelle praksisfellesskap, oppsummering

I tidligere kapitler har jeg belyst flere sider ved postenes praksis: samhandlingspraksis ansikt til ansikt med utgangspunkt i tverrfaglige fora og bruk av grenseobjekt som felles skjema og elektronisk pasientjournal. Dette kapittel går nærmere inn i hvordan postenes praksis bidro i studentenes utvikling av kunnskaper og forventning til fremtidig profesjonalitet. Det vil si hvordan postenes praksis åpnet for at studentene var med på å forme og opprettholde tverrprofesjonelle praksisfellesskap. For å belyse dette har jeg løftet frem to sider av postenes praksis som trådte frem i analyseprosessen: lokale kompetansesystem og utvikling av tverrprofesjonelle kompetanseområder. Studentenes erfaring fra praksisstedet kan vi forstå som deltakerbaner (Lave & Wenger 1991/2003). Slike deltakerbaner har i seg både fortid og fremtid, i tillegg til nåtid (Wenger 1998:153-/2004:179-) Jeg bruker deltakerbaner som analytisk begrep knyttet til deltakelse og læring. Samspillet mellom studentenes deltakerbaner og postens kompetanseområder og kompetansesystem får frem hvordan praksis åpnet for og gir kunnskaper om studentenes læring og forventinger til fremtidig profesjonalitet. Når studentene snakket om pasientenes situasjon og sin funksjon, kom det frem hva de hadde lært. I et situert læringsperspektiv handler dette om hvordan postenes kompetanse og studentenes erfaringer samspiller og gjør dem til deltakere. Å være deltaker i praksisfellesskap er å forstå som en form for kompetanse (ibid.). For studentene dreier dette seg om være med å utvikle

pasientforløp i tråd med profesjonens og lokal praksis. Sentralt i studentenes deltakelse var deres forestilling om fremtidig virke som profesjonell.

Jeg tar først utgangspunkt i hvordan postenes kompetansesystem medvirket i studentenes læring. Deretter knytter jeg deres læring til tverrprofesjonelle kompetanseområder og praksis.

7.4.1 Kompetansesystem og profesjonell utvikling

Å bli profesjonell er å utvikle profesjonell identitet. Det vil si hvordan studentens forståelse av seg selv som profesjonsutøver tar form (Heggen 2008:326, 2010:145). Posisjoner i det lokale kompetansesystemet (Wenger 1998:136-/2004:160-) ga studentene et bilde av profesjonenes betydning og egne muligheter som fremtidige profesjonelle. I studentenes bilde er også deres oppfatning av profesjonens stilling i helsetjenesten og mer generelt. Praksisfelleskapet former og opprettholder et kompetansesystem (ibid.). Kompetansesystemet er derfor en side ved postens praksis og ved studentenes læringsmiljø og læring. Systemet bidrar til at studentene erfarte hvem som er kompetente deltakere, og hva de måtte kunne for å være kompetente. Paradigmatiske baner (Wenger 1998:156/2004:181-) omfatter muligheter og føringer for deltakelse som kompetansesystemet synliggjør og åpner for studentene.

Ved Studenttett post hadde profesjonene ansvar for ulike sider av pasientenes problem, og i tillegg var personalet sammen ansvarlige for å tilrettelegge for studenters læring. Denne doble virksomhet og praksis var tydelig i postens kompetansesystem. Kompetansesystemets posisjoner var knyttet til hva og hvem som bidro til andres og felles forståelse, og som bidro til å skape ansvarlige relasjoner. Praksis innebar at ansatte hadde tillit til at studentene overtok deres oppgaver, og at studentene bidro i hverandres læring. Tverrprofesjonell samhandling og meningsdannelse sikret forsvarlige pasientforløp og åpnet for studenters deltakelse. Kompetansesystemet gjorde både personalet og studentene til kompetente deltakere. Studentene kunne følge inngående deltakerbaner (Wenger 1998:154/2004:180) i postens kompetansesystem og tverrprofesjonelle praksisfelleskap. De utviklet og tilhørte tverrprofesjonelle praksisfelleskap. I kompetansesystemet var profesjonene nokså sidestilte, selv om legene var i en overordnet posisjon, som ved Lien. Deres stilling fulgte av legens formelle myndighet og ansvar, og fordi indremedisinske forhold var sentrale i pasientenes problem. Vel så viktig var hvordan legene bidro til andres forståelse og deres anerkjennelse av

studentenes bidrag, uavhengig av profesjon. Studentene så for seg at de som profesjonelle ville bli likestilte deltakere i tverrprofesjonell meningsforhandling og praksis.

Legestudentene skiller seg ut fra de andre studentene ved Ringen og fulgte perifere deltakerbaner. De deltok i liten grad i legenes lokale praksis. Legestudentene var nederst i profesjonens kompetansesystem. Dette passet godt når de ønsket å være i en studentposisjon. Enkelte engasjerte seg tidvis i legenes pasientarbeid. Disse studentene ville og deltok mer som turnusleger. Ønsket om en slik posisjon er ikke overraskende på bakgrunn av at de hadde midlertidig, avgrenset legelicens og hadde gjennomført tolv ukers praksisperiode i semesteret før. De paradigmatisk baner (Wenger 1998:156/2004:181) som legestudentene møtte, var preget av legenes kompetansesystem, der studenter knapt talte med. Legeprofesjonens posisjon er sterk i sykehus, forskning, kommunehelsetjenesten og i samfunnet (Album 2013 :127). Ved Studenttett post kunne legestudentene følge inngående deltakerbaner i postens praksis. Likevel fulgte de perifere baner og forble studenter for å kunne velge hvilke oppgaver de engasjerte seg i. I stor grad var deres fokus kliniske problem og tiltak med relevans for avsluttende eksamen. I deres bilde av fremtidig profesjonalitet var det sentralt å bruke klinisk medisinsk kunnskap. Annet ville vært overraskende. Andre fremhever at det for legestudenter er belastende å møte forventninger om at de er selvstendige i praksisstudiene (Kennedy et al. 2009). Valg av studentposisjonen kan være uttrykk for å omgå forventningen. Også de som nettopp er uteksaminert opplever at er krevende å være lege (Brennan et al.2010). Wichmann-Hansen (2004) fant også i sin studie at legestudenter ikke deltar i legenes fellesskap i praksis. En måte å tolke legestudentenes svake engasjement i lokal praksis, er at de snart var leger og ikke lenger studenter. De fulgte utgående deltakerbaner (Wenger 1998:154/2004:179) fra studentfellesskapet og søkte mot deltakelse i profesjonen. Legestudentenes baner siktet mot å bli kompetent deltaker i profesjonen og ikke i praksisstedets fellesskap og kompetansesystem.

Liens kompetansesystemet var preget av profesjonene innbyrdes oppgavefordeling. Postens praksis innebar at aktørene stolte på hverandres praksis og ansvarlighet. Personalet var fullverdige deltakere i profesjonen. Studentene var perifere deltakere i profesjonens praksis, og de var nederste i profesjonens lokale kompetansesystem. I Liens kompetansesystem var de knapt medregnet. Det er likhetstrekk mellom legestudentenes posisjon ved Ringen og posisjonen som ergoterapeut-, fysioterapeut og sykepleierstudenter hadde ved Lien.

Ved Lien hadde ergo- og fysioterapeutene tydelige posisjoner i interessefeltet rehabilitering. I dette felles interessefeltet handlet kompetanse om å hjelpe pasienter til å mestre sin hverdag. For ergo- og fysioterapeutstudentene svarte dette til deres forventninger til profesjonens kunnskapsfelt. Fordi indremedisinske forhold lå i det andre interessefeltet, kunne de legge mindre vekt på medisinske perspektiv og konsentrere seg om profesjonens kunnskapsfelt. Dette ble forsterket av Liens praksis og profesjonenes lokale funksjonsdeling. Studentenes konsentrasjon i profesjonenes kunnskapsfelt økte ved at veilederne valgte pasienter og oppgaver til dem. Dette gjaldt særlig fysioterapeutstudentene. Sykepleierstudentene oppnådde noe av det samme ved selv å velge deler av profesjonens lokale oppgaver. De avgrenset sitt engasjement til aktivitet som de fant nyttige i sin læring. Sykepleierstudentene deltok i det felles interessefeltet indremedisin, der kompetanse var knyttet til klinisk medisinsk kunnskap. I større grad enn de andre trakk sykepleierstudentene inn medisinske forhold i sin praksis. Vi kan forstå dette som at de fulgte perifere deltakerbaner (Wenger 1998:154/2004:179) i retning av sin fremtidige profesjon mer enn i det lokale fellesskap. Studentgruppene ved Lien begrenset selv eller fikk avgrenset sine oppgaver, og er trekk som vi finner hos legestudentene ved Ringen. Liens kompetansesystem støttet at studenter var i perifere posisjoner, og avgrenset deres deltakelse i profesjonens lokale oppgaver og fellesskap.

Ved Lien var ergoterapeutstudentenes deltakerbaner mer inngående i profesjonen lokalt enn de to andre gruppene. Studentene deltok i ergoterapeutenes lokale praksis og erfarte hva som var sentrale kunnskaper i sitt fremtidig virke. Deres tilhørighet til ergoterapeutenes lokale fellesskap medvirket til at studentene mente at profesjonens bidrag ikke alltid ble tilstrekkelig vektet. Andre peker også på at ergoterapeutstudenter antar at andre ikke forstår betydningen av ergoterapi (Howell 2009). Studentenes oppfatning kan vi se som uttrykk for at de paradigmatisk banene (Wenger 1998:156/2004:181) omfattet ergoterapeutenes ønske om en sterk stilling. Ergoterapeutstudentene erfarte at profesjonelle også kan posisjonere profesjonen og fremme verdien av deres oppgaver og kunnskap. Profesjonens markeringsbehov kan følge av at praksis vektla biomedisinske perspektiv i rehabilitering. Det vil si at medisinsk kunnskap ga uttelling i kompetansesystemet. Analysene viser at kliniske medisinske problem ikke preget Tverrfaglig møte, men Previsitten. Slik Funksjonsskjemaet spiller, ble pasienters problem nærmest splittet opp i organstrukturer og -funksjoner, som passer med biomedisinske perspektiv. For eksempel har Standal (2012) vist at når pasienter skal mestre hverdagen, må flere slike enkeltfunksjoner samspille med oppgaven og miljøet. For å få til slike samspill i

pasienters mestring, hadde personalet utviklet tverrprofesjonelle kompetanseområder. I dette arbeidet var ergoterapeutenes kunnskapsbidrag sentrale.

Kompetansesystemet gjorde at studentenes deltakerbaner i liten grad var rettet inn i Liens tverrprofesjonelle praksis og kompetanse. Den enkelte profesjons betydning i utvikling av kompetanseområdene var utydelig for studentene. Ved Lien var bruk av grenseobjekt som elektronisk pasientjournal, vesentlig i profesjonenes samhandling og i praksis (kap.6). Aktørenes kunnskaper om pasientene lå i elektronisk pasientjournal. De tingliggjorte forbindelsene gjorde det mulig å bruke kunnskaper over profesjonsgrensene. Kombinasjonen av skriftliggjøring, lite direkte samhandling og meningsforhandling gjorde at aktørene ikke helt kjente verdien som andre tilla profesjonens bidrag. Kompetansesystemet ble da utydelig, og gjorde at opplevd og tildelt posisjon ikke helt samsvarte, som for ergoterapeutene. Enda mer uvisst ble andres bruk og nytte av profesjonens kunnskaper for studentene, som ikke var i deltakerposisjon i kompetansesystemet.

Sett fra et profesjonsteoretisk perspektiv (Brante 2013), er et poeng at ergoterapeuter er den yngste av de fire profesjonene¹²⁷. Både lokalt og på landsbasis er det færre ergoterapeuter enn i de tre andre profesjonene. Ønsker om en sterkere posisjon kan skyldes ytre forhold (Abbott 1988:143). Det vil si at forhold knyttet til kamp for økt offentlig anerkjennelse kan inngå i ergoterapeutenes paradigmatisk baner ved Lien, og skiller seg fra de paradigmatisk banene ved Studenttett post der profesjonene var sidestilte. Ergoterapeutstudentenes oppfatning av profesjonens posisjon kan også speile deres erfaring fra høyskolen, andre praksisperioder og helsetjenesten. Det vil si at deres forventning til fremtidig profesjonalitet og status viser til fortiden i studentenes deltakelse.

Sykepleiernes posisjon ved Lien var knyttet til at de videreførte andres tiltak, og at de bidro til å forbinde det todelte interessefeltet medisin og rehabilitering. Sykepleierstudentene foretrakk en studentposisjon. De tok kun del i profesjonens samordnende oppgaver i hverdagen når de fikk være gruppeleder. Men i arbeid for sine pasienter deltok studentene mer som sykepleiere. Når de videreførte andres tiltak var ergo- og fysioterapeutenes bidrag ressurser. I det felles

¹²⁷ Første norske ergoterapeut 1940-tallet, norsk ergoterapeututdanning og fagforening 1952
Første norske fysioterapeut 1841, norsk fysioterapeututdanning 1897 og fagforening 1895
Første norske lege 1603, norsk legestudium 1814, fagforening 1866
Første norske sykepleier 1867, norsk sykepleierutdanning 1868, fagforening 1912 (Haugen 1997)

interessefeltet medisin engasjerte sykepleierstudentene seg noe mer i profesjonens lokale praksis. Også her inntok de studentrollen. I dette interessefeltet var legenes kompetanse og posisjon rangert høyest. Likevel var verdien av sykepleiernes kunnskaper mer synlig her enn i interessefeltet rehabilitering. Todelingen av felles interessefelt gjør at sykepleierstudentene så rehabilitering som et felt der profesjonens deltakermulighet var mindre enn i indremedisin. Dette kan forstås i lys av at i rehabiliteringsfeltet kan sykepleiernes rolle være utydelig, og at innholdet i utdanningen kan være utilstrekkelig. Samtidig er koordinering av pasientforløpene sentralt for sykepleiere i rehabilitering (Long et al. 2003; Pryor 2005, 2007). Studentenes perifere deltakerbaner i profesjonens lokale praksis, gjør at de ikke så betydningen som andre tilla sykepleierne fordi de var grensekryssere og forbandt Liens to interessefelt.

7.4.2 Tverrprofesjonelle kompetanseområder og studentenes deltakelse

Tverrprofesjonell praksis og kompetanseområder ved Studenttett post var utviklet for å sikre forsvarlige pasientforløp når studenter overtok. Kompetanse omfattet å skape et læringsmiljø som gjorde det trygt at studenter utførte profesjonens oppgaver, og også fremmet studenters læring. Utvikling av gjensidig ansvarlighet og deltakerforbindelser var sentralt for å klare denne doble utfordring. Dette gjorde at ansatte og studentene engasjerte seg i hverandres praksis og læring innen og over profesjongrensene. De som hadde ansvar for samme pasientgruppe utviklet et tverrprofesjonelt praksisfellesskap. Profesjonene var ansvarlige for ulike sider i utredning og tiltak for pasientene, men de vurderte pasientens situasjon sammen og skapte felles interessefelt. Møtepraksis gjorde at deltakerne, og gjerne legene, omformet kunnskapsbidrag så studentene kunne bruke disse i sitt pasientarbeid. Studentene deltok i felles meningsdannelse både i og utenfor faste fora. Ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentene utviklet mening sammen ved å omforme og forbinde profesjonenes bidrag. Sykepleier- og ergoterapeutstudentenes forståelse av omsorg og aktivitet er et eksempel (kap.7.3.1.3). Studentene delte og støttet hverandres opplevelser og erfaringer for å ivareta pasientene. De fulgte inngående deltakerbaner i praksis og utviklet tverrprofesjonelle praksisfellesskap. Ved å følge inngående baner i posten tverrprofesjonelle praksis nærmet studentene seg å være, hva Lave og Wenger (1991/2003) omtaler som fullverdige deltakere i lokal praksis. De involverte seg i driften, hvilket brøt med deres forventning til praksisstudier. Ulikt legestudentene og Liens studenter fulgte ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentene ved Studenttett post i sterkere grad deltakerbanene som praksisstedet åpnet for. Vi kan forstå dette som at disse kunne følge og fulgte inngående deltakerbaner

(Wenger 1998:154/2004:180) i postens tverrprofesjonelle praksis. Det vil si at deres deltakerbaner i fremtidig profesjon gikk via de tverrprofesjonelle praksisfellesskap.

Personalet var et veilederfellesskap som utviklet og vedlikeholdt praksis ved Studenttett post. Deres tverrprofesjonelle praksis omfattet å utvikle gode relasjoner for å ivareta både pasienter og studenter. Møtene mellom profesjonens studenter og veileder var sentrale for å tilrettelegge for studentenes inngående deltakerbaner i postens praksis. Disse møtene var en måte å gjøre studentene til kompetente deltakere. Samtalene hjalp studentene til å se hva det ville si å være ansvarlige og bruke kunnskaper i pasientarbeid og samhandling. Veilederne fulgte det som Wenger (1998:154/2004:179) benevner som grensebaner. De var deltakerforbindelser mellom studentgruppene og postens praksisfellesskap. Veilederne forhandlet på vegne av studentene om deltakelse i postens praksisfellesskap, og med studentene om deres deltakelse og læring. Billett (2001) fremhever arbeidsstedets tilrettelegging for deltakelse i arbeidet samt indirekte og direkte støtte som sentrale faktorer for studenters læring i praksisfeltet. Veiledernes tverrprofesjonelle praksisfellesskap var en slik avgjørende faktor for studentenes deltakelse og læring. Dette gjaldt ikke ved Lien, hvor var veilederne opptatt av studenters læring som fremtidig profesjonsmedlem, mer enn av deres lokale deltakelse. Tilsvarende gjaldt for legestudentene.

Veilederne ved Studenttett post bidro til studentenes deltakelse ved å la dem hjelpe hverandre også over profesjongrensene. I sine praksisfellesskap skapte studentene pasientforløp ved å være ressurser for hverandre. Studentene erfarte å være anerkjent når andre brukte deres bidrag og profesjonens perspektiv i sin praksis. De visste hvem som kunne hva, og hvem som trengte å vite hva. Studentene lærte hvordan de kunne tingliggjøre erfaring og praksis (Wenger 1998/2004), så de fikk gjensidig nytte av kunnskaper. Dette viste seg i Tverrfaglig undervisning og morgenmøte i måten de spurte og forklarte når de oppsøkte hverandre. Vi kan forstå dette i lys av at kunnskaper utviklet i praksis er en viktig del av en profesjons kunnskapsbase (Grimen 2008a). Praktiske kunnskaper lar seg ikke alltid uttrykke med ord, men kan bli tilgjengelig for andre i handling (ibid.). Ofte ga andres bidrag først mening når studentene konkret viste og så hva som ble gjort. Et eksempel var fysioterapeutstudentens erkjennelse etter å sett ergoterapeutstudenten vurdere funksjon utfra pasientens arbeid i kjøkken. Et annet var sykepleierstudenten som ble trygg i forflytning etter å ha fulgt

fysioterapeutstudenters forflytning ved Studenttett post. Av samme grunn ble tilfeldige grensemøter (Wenger 1998:112-/2004:134-) mellom profesjoner verdsatt av Liens studenter.

Studentene oppdaget hvordan de kunne bruke andre profesjoners bidrag. Ved Studenttett post gjorde dette at studentene ikke bare leste pensum. Pasientenes problem gjorde indremedisinsk kunnskap nødvendig i utredning og behandling. Felles vurdering av pasienters situasjon og tiltak, gjorde at ergo- og fysioterapeutstudentene trakk medisinske perspektiv inn i sin praksis. For eksempel ble ergoterapeutstudentene bevisst på hvordan smerte og smertestillende behandling påvirket deres tester. Fysioterapeutstudenten koplet treningsinnsats, til endring i pasientens blodverdier og dosering av medikament. I studentenes forståelse av fremtidige profesjonalitet lå forventning om å utvikle tverrprofesjonelle praksisfellesskap, der de sammen fastsatte og løste problem ved å bruke og sammenstille flere typer kunnskaper. Legestudentene skilte seg ut. Vi kan si de fulgte svært perifere deltakerbaner (Lave & Wenger 1991/2003) i profesjonens lokale praksis. De var opptatt av legers kliniske kunnskaper og hadde lite øye for hva andre profesjoner kunne og bidro med. Legestudentene ved Ringen og studentene ved Lien fulgte deltakerbaner rettet inn i profesjonens kunnskapsfelt. I deres bilde av fremtidig profesjonalitet var ikke tverrprofesjonell praksis like tydelig.

Ved Studenttett post var sykepleierstudentene den studentgruppen som tilhørte profesjonens lokale fellesskap. De overtok profesjonens mange forefallende og mer praktiske gjøremål, til forskjell fra sykepleierstudentene ved Lien som tok utvalgte oppgaver. Ved Studenttett post gjorde dette at de fulgte inngående deltakerbaner (Wenger 1998:154/2004:181) i profesjonens lokale praksis tydeligere enn de andre. Sykepleieres samordnende funksjon (Olsvold 2010) inngikk i deres læring. Disse sykepleierstudentene fulgte nærmest to inngående deltakerbaner, én i postens tverrprofesjonelle praksis og én i profesjonens lokale praksis. Veilederne ble gjerne inkludert i studentgruppen ved Studenttett post, og de brakte med seg profesjonens lokale praksis og historie. Dette hjalp sykepleierstudentene til å mestre sykepleierens forefallende gjøremål og koordinerende funksjon i driften. Her var langt flere studenter enn sykepleiere, og derfor var det studentene som inkluderte veilederen. Det er vanligere å vise til det omvendte at profesjonelle åpner for studenter (Benner et al. 2010:62-; Heggen 2010). Sykepleierstudentenes forestilling om hva som skulle til for å koordinere profesjonens og andres aktiviteter, var et trekk i deres deltakelse i postens og profesjonens praksis. For ergo- og fysioterapeutstudentene bidro deres veileders fortelling til forståelse av hva profesjonens

praksis var, og hva de måtte kunne for å være profesjonelle. I disse tre studentgruppene deltok profesjonens veileder både med forslag og i godkjenning av studentenes bidrag.

Ved Lien hadde profesjonene utviklet flere tverrprofesjonelle kompetanseområder. Innsats fra flere profesjoner var nødvendig for å skape gode pasientforløp. Profesjonenes fordeling av pasientenes delproblem og -funksjoner gjorde det nødvendig å forbinde bidragene og *Sy kjeledressen sammen*. De tverrprofesjonelle kompetanseområdene bidro til slik sammenheng. Det vil si at personalet sammen utviklet kompetanse ved å forbinde både deres erfaringer og elementer fra flere profesjoners kunnskapsbase. En måte å si dette på er at de tinglyggjorde erfaring og praksis for hverandre og deltok i meningsforhandling (Wenger 1998/2004) om Liens praksis. Heftene er felles skriftliggjøring av Liens tverrprofesjonelle kompetanse og praksis. Tverrprofesjonelle kompetanseområder kan forstås som praktiske synteser (Grimen 2008a). Områdene dannet meningsfulle sammenhenger mellom profesjonenes bidrag og omfattet både teoretiske og praktiske kunnskaper. Personalet fulgte innsiderbaner (Wenger 1998:154/2004:180) i utvikling av tverrprofesjonell kompetanse. Det ble også tilrettelagt for inngående deltakerbaner (ibid.) for ansatte slik at de kunne å bli fullverdig deltakere (Lave & Wenger 1991/2003). Felles kompetanseområder er resultat av og middel for å utvikle tverrprofesjonelle praksisfelleskap for personalet.

I daglig arbeid kunne det være utfordrende å overføre kunnskapsbidrag mellom profesjonene. Dels forsvant nyansene i måten som profesjonene utførte tiltak, dels forstod ikke aktørene helt forskjeller i handlingsgrunnlaget. Et eksempel var i PADL. Dette kunne også bunne i ulikhet i deres kunnskapsbaser, som for dysfagi. En utfordring var å tolke skriftlig materiale, så det ga mening i den enkeltes praksis. Nyankomne og ikke minst studentene, trengte hjelp til å omforme tekst for å forstå hva budskapet innebar. Enkelte ting ga først mening når de ble demonstrert eller forklart konkret for en felles pasient. Igjen har dette sammenheng med at praktiske kunnskaper ikke alltid lar seg artikulere verbalt (Grimen 2008a). I slike sporadiske grensemøter (Wenger 1998:112-/2004:134-) mellom student og en fra en annen profesjon kunne studentene ved Lien utvikle og forbinde kunnskaper over profesjongrensene. Liens praksis åpnet for perifere deltakerbaner (Lave & Wenger 1991/2003) i profesjonens praksis for studentene. Deres læring tilhørte profesjonens veileder og studenters virksomhet. For å følge Billett (2001) var tilretteleggelse for å delta i aktiviteter og støtte for læring overlatt til profesjonens veileder og gjaldt profesjonsvise oppgaver. Studentenes vei inn i

Liens tverrprofesjonelle praksis og kompetanse gikk via profesjonen. Det var nærmest tatt for gitt at de lærte å ta del i praksisstedets måte å handle og forstå ved å lese i heftene og være observatører i Tverrfaglig møte. Deltakerbanene la i liten grad til rette for studenters læring over profesjongrensene. I kapitlene 5.2 og 6 har jeg løftet frem innordning, bruk av grenseobjekt og profesjonenes funksjonsdeling som sentralt i Liens praksis. Fordelingen av problem, vurdering og tiltak var tilpasset profesjonenes kunnskapsbase, og samsvarte godt med studentenes forventning til hva de måtte kunne som profesjonelle. Studentene innordnet seg Liens praksis og engasjerte seg i læring i profesjonens lokale oppgaver og kunnskapsfelt.

For studentene kunne det være en utfordring å forbinde egen aktivitet og forståelse med andre profesjoners bidrag. Studentene erfarte Liens praksis som flerprofesjonell. Det vil si at mulige sammenkjedinger over profesjongrensene ble hemmet av at hver profesjon tok ansvar for sine delproblem i utforming av pasientforløp. Deltakerne hadde tillit til hverandres ansvarlighet, handlemåter og handlingsgrunnlag. Vi kan forstå dette som at handlingsregler og vurderingskriterier for know-how og kompetanse (Rolf 1991:116-) i pasientarbeidet ble avgjort i den enkelte profesjon. Liens praksis passer med et syn der profesjonelle former problem og løsninger til profesjonens kunnskapsbase og ansvarsfelt (Abbott 1988; Eraut 1994:233). Liens praksis fremstår som flerprofesjonell, og aktørenes samhandling som lite preget av kreativitet og meningsforhandling. Men bildet endrer seg når felles kompetanse inkluderes i analysen, da trer Liens tverrprofesjonelle praksis frem. Til grunn for den effektive og tilsynelatende flerprofesjonelle praksis lå deres felles utvikling av kompetanseområder. Profesjonelle som fulgte innsiderbaner og inngående baner (Wenger 1998:154/2004:179) i felles kompetanseområde var deltakere i en tverrprofesjonell praksis. Liens tverrprofesjonelle praksis var lite synlig for studentene som fulgte perifere deltakerbaner i retning av fremtidig profesjon. Studentenes kunnskapsutvikling dreiet seg om å skape mening ved å forbinde sine erfaringer fra pasientmøtene med tidligere erfaring og profesjonens kunnskapsfelt. Det er enkelte unntak som da ergo- og fysioterapeutstudenten diskuterte balanse i PADL, og da sykepleierstudenten forstod hvordan ergoterapeutens åpne spørsmål hjalp pasienten. I slike korte grensemøter (Wenger 1998:112/2004:134) kunne studentene sammen omforme sine kunnskapsbidrag, og fremme endring i handlemåte og forståelse av praksis og problem.

8. Tverrprofesjonalitet i studentenes praksisstudier, sammenfatning og diskusjon

I dette siste kapitlet vil jeg sammenfatte og diskutere noen gjennomgående tema ved prosjektet, hvordan er de tverrprofesjonelle praksiser som studentene møter i sykehus, og hvordan studentene lærer ved å delta i slik praksis. Den overordnede problemstilling og underspørsmålene som jeg presenterte i kapittel 1.2 er vevet i hverandre, og de er innlemmet og belyses i fire tema i dette kapitlet. Første tema er praktiske kunnskaper i tverrprofesjonell praksis. Deretter er fokus deltaker og tingliggjorte forbindelser mellom profesjonene. Tredje tema er studentenes deltakelse og læring. Siste tema er tverrprofesjonelle praksisfellesskap og profesjonalitet. Disse tematiske områder er nært forbundet og går igjen i avhandlingen. Temaene bidrar også til å få frem sammenhenger mellom de teoretiske perspektivene og analysene. Avslutningsvis følger noen innspill til hvordan prosjektet kan bidra inn i utdanningenes praksisstudier og praksisfeltet samt mulige forskningsområder.

8.1.1 Praktiske kunnskaper i tverrprofesjonell praksis

I utforskningen om studentenes deltakelse og læring rettet jeg søkelyset mot fire profesjoners praksiser og ikke bare profesjonsvis praksis. Prosjektet kan derfor sies å følge Abbotts (2010) oppfordring om å studere profesjoners dynamiske samspill og ikke studere profesjoner enkeltvis. Mitt fokus har i mindre grad vært profesjonenes konkurranse om jurisdiksjon over kunnskaps- og arbeidsområder, enn det som er sentralt hos Abbott (1988, 2010). Abbott vektlegger symbolverdien av abstrakt kunnskap i profesjonelles konkurranse om oppgaver og opprettholdelse av jurisdiksjongrensener. Jeg har brukt Wengers (1998/2004) sosiale læringsteori om praksisfellesskap for å få frem hvordan aktørene forbinder kunnskaper og utvikler praksis ved å krysse profesjongrensene. Som analytisk ramme har praksisfellesskap bidratt til å løfte frem praktiske kunnskaper i aktørenes samspill og praksis ved postene. Dette skal ikke tolkes som at det å bruke og lære vitenskapelig og teoretisk kunnskap er underordnet i profesjonelles virke. I et relasjonelt og situert perspektiv er bruk og utvikling av kunnskaper knyttet til formålet. Praksisfellesskap blir holdt sammen av slike kunnskaper (ibid.). I mine analyser ble *felles kompetanseområder* vesentlige for å forstå praksisstedets tverrprofesjonelle praksis, virksomhet og fellesskap som studentene deltok og lærte i. Ved å forbinde flere profesjoners kunnskaper hadde deltakerne utviklet tverrprofesjonell kompetanse. Kompetanseområdene var sentrale for å nå hensikten for postens virksomhet og i den enkeltes oppgaver. For deltakerne kjennetegnet tverrprofesjonell kompetanse postens virksomhet,

ressurser og praksis, og denne skilte den fra andre poster, og lå til grunn når de vurderte praksis og kunnskap. For å følge Abbott (1988) kan vi si at aktørene definerer hva som er gyldig kunnskap innen slike felles kompetanseområder. Dette ga føringer for felles meningsdannelse, fellesskap og postens praksis. Utvikling av felles kompetanse lå til grunn for aktørenes tillit til hverandres ansvarlighet. Dette speiler seg i samhandlingen om å fastsette og vurdere problem og tiltak. Det vil si i utforming av *felles interessefelt* (Wenger 1998/2004) rundt pasienten.

I de tverrprofesjonelle praksisfellesskap trer praktiske kunnskaper frem som sentrale. Det er utfordrende å overføre kunnskap mellom praksiser (Carlile 2004; Säljö 2001). Dette er forståelig fordi praktisk kunnskap ofte først er synlig i handling (Grimen 2008a). Deltakerne oversatte og omformet deler av sin erfaring og profesjonens kunnskaper slik at de som fellesskap, kunne forstå og løse konkrete situasjoner og oppgaver. Vi kan forstå lokale tverrprofesjonelle kompetanseområdene som *praktiske synteser* (Grimen 2008a). Aktørene kjedet sammen kunnskaper og erfaringer fordi de var avhengige av hverandre for å nå formålet for postens og profesjonens virksomhet. Med andre ord utvikler de praktiske synteser over profesjongrensene i form av tverrprofesjonell kompetanse. Det vil si at deltakerne krysser profesjongrensene og skaper meningsfulle sammenhenger mellom praksiser og mellom kunnskapselementer. I utvikling av kompetanseområder ble deltakerne kjent med hverandres aktiviteter, kunnskaper og vurderingskriterier for praksis. En måte å si dette er at de bygger tillit mellom profesjonene ved å utvikle praktiske synteser over profesjongrensene. Tillit gjør at personer stoler på hverandres intensjoner og måter å vurdere og løse oppgaver uten at de kontrollerer hverandre (Grimen 2008b). Tillit til hverandres ansvarlighet og handling var et viktig grunnlag for daglig samhandling og praksis. Tillit og kjennskap til andre profesjoner er ikke nytt i tverrprofesjonelt samarbeid (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin-Roderiguez & Beaulieu 2005; Kvarnström 2011; Vangen & Huxham 2009; Willumsen & Hallberg 2003). Poenget er at for å forstå og tilrettelegge for tverrprofesjonalitet, er felles kompetanseområde vesentlige. Det er fristende å trekke en parallell mellom betydningen som profesjonens kunnskapsbase har i medlemmenes praksis, og betydningen som felles kompetanseområder har i tverrprofesjonell praksis. De som bidro til delt forståelse og utvikling av praktiske synteser over profesjongrensene, ble ansett som kompetente deltakere. Det vil si at i profesjonenes samspill er kompetanse dynamisk som følge av utfordringene som deltakerne har. Derfor veksler det mellom hvem som er

kompetente deltakere. *Tverrprofesjonalitet* viser til slike dynamiske relasjoner, der deltakere omformer og utvikler kunnskaper og praktiske synteser i kryssing av profesjongrensar.

Abbott (1988) beskriver problemdefinerings, vurdering og (be-)handling som kjerneelement i profesjonsutøvelse. I utvikling av *felles interessefelt* rundt pasienten kom disse elementene i spill. Felles interessefelt ble utformet i deltakernes direkte samhandling og samspilte med deres bruk av elektronisk pasientjournal. Aktørenes avhengighet av og tillit til hverandres vurdering kom frem i problemfastsetting og -løsning. I følge Abbott (1988:35-) tilpasser profesjonelle problem til profesjonens kunnskapsbase og arbeidsfelt ved å trekke inn og utelate informasjon i sin konstruksjon av problem. Et trekk ved profesjonelles arbeid er deres bruk av skjønn i vurdering av problem, tiltak og handlingsgrunnlag (Grimen & Molander 2008). Praksis var å trekke inn flere profesjoners kunnskaper enten vurderingen gjaldt problem, utredning, behandling, omsorg og trening. Felles interessefelt som analytisk redskap får frem hva som er relevante perspektiv i problemfastsetting og -løsning i lokal virksomhet og praksis. Utforming av felles interessefelt gjør deltakerne sikrere i deres valg og vurdering rundt pasienten. Vi kan si at slik felles meningsdannelse støtter deltakernes skjønnsutøvelse.

Samhandling om felles interessefelt ved Studenttett post var preget av engasjement i meningsforhandling og utvikling av felles forståelse og praksis. Et slikt gjensidig engasjement er en sentral side ved praksisfellesskap (Wenger 1998:73/2004:90). I utvikling av felles interessefelt lærte studentene å bidra i vurderinger av problem og tiltak, hvem som kunne hva og hvem som hadde nytte av hvilke kunnskaper og i hvilken form. De utvikler tillit til hverandres kunnskaper og handlinger. Vi kan si at de dannet gjensidige ansvarlige relasjoner (Wenger 1998:81/2004:99) i form av *tverrprofesjonelle praksisfellesskap*. De lærte hvordan bidrag kunne krysse profesjongrensene og skape sammenhenger i postens virksomhet og praksis. Til forskjell var samhandlingen om felles interessefelt ved Lien preget av innordning. Deres samhandling speiler profesjonenes funksjonsdeling i daglig praksis og tillit til hver profesjons ansvarlighet. Rutine og effektivitet preger møtepraksis og utforming av felles interessefelt. Dette hemmer studentene i å oppdage og lære hvordan bidrag krysser og er forbundet over profesjongrensene. Det vil si at møtepraksis bidrar til at praksisstudiene ved Lien passer i en profesjonsteoretisk forståelse der studenter sosialiseres inn i profesjonens ansvarsfelt (Freidson 2001). Til forskjell fra Studenttett post får studentene begrenset innblikk i Liens virksomhet og praksis. Dette gjør at de ikke utvikler tverrprofesjonelle relasjoner. Ved

Studenttett post bidrar møtepraksis og utvikling av felles interessefelt til at studentene danner tverrprofesjonelle praksisfellesskap. Ved Lien blir felles interessefelt om pasientene utformet av de ansatte som alt hadde dannet praksisfellesskapet i utviklingen av kompetanseområdene. Et trekk ved etablerte praksisfellesskap er at deltakere raskt fastsetter problem og skaper felles forståelse (Wenger 1998:125/2004:149). Liens møtepraksis er preget av dette. Den tverrprofesjonelle praksis er lite synlig i direkte samhandlingen i hverdagen for studentene, og fremstår derfor som flerprofesjonell. Bildet av Lien endrer seg når bruk av elektronisk pasientjournal trekkes inn analysene. Men først når de tverrprofesjonelle kompetanseområder kommer frem, blir den tverrprofesjonelle praksis tydelig.

Læring skjer ved å delta i praksisfellesskap (Wenger 1998/2004). Utfra analysene kunne ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentene ved Studenttett post utvikle og utviklet tverrprofesjonalitet, til forskjell fra studentene ved Lien og legestudentene. Studentenes i deltakelse i å danne felles interessefelt ved Studenttett post, har trekk som likner de profesjonelles utvikling av felles kompetanseområder. Både i utvikling av felles interessefelt og kompetanseområder utforsker deltakerne hvilke kunnskaper som er relevante og samspiller i praksis. Tverrprofesjonelle kompetanseområder ligger til grunn for postens virksomhet, praksis og personalets fellesskap. Felles interessefelt gjelder et konkret tidsavgrenset pasientforløp. Men felles meningsdannelse om pasienters situasjon er sentralt i studentenes gjensidige ansvarlighet og tverrprofesjonelle praksis ved Studenttett post. Deres deltakelse for å utforme tverrprofesjonelle interessefelt er viktig i studentenes læring. En ting var å skape pasientforløpet og felles forståelse av problem og tiltak. I et lengre perspektiv gjør slike deltakererfaringer at studentene forstår hva de måtte kunne som profesjonell. Ved å utvikle felles interessefelt erfarte studentene hvordan ulike kunnskaper kunne forbindes. Dette hjelper dem til å danne meningsfulle sammenhenger i praksis. Analysene gir grunnlag for å hevde at deltakelse i å forme felles interessefelt bidrar til at studentene utvikler praktiske synteser. Det betyr at tverrprofesjonell meningsdannelse gjør at studentene kan kjede sammen kunnskaper som hjelper dem til å forstå stedets og profesjonens praksis og virksomhet.

Flere peker på at det er utfordrende for studenter å skape sammenhenger mellom ulike former for kunnskap som de møter i utdanningsløpet (Smeby & Heggen 2014; Vågan & Heggen 2014). Analysene av mitt materiale gir grunn til å hevde at studentene får hjelp til å oppdage og skape meningsfulle sammenhenger ved å utvikle tverrprofesjonelle interessefelt. Dette står

noe i kontrast til et syn der studenter først kan samarbeide tverrprofesjonelt når de kjenner profesjonens oppgaver og kunnskapsfelt. Dette syn passer med profesjonsteoretiske perspektiv der sosialisering inn i profesjonen medvirker til kontroll og opprettholdelse av jurisdiksjon (Abbott 1988; Larson 1977). Studentenes møte med andre profesjoners måter å vurdere problem og løsninger lærer studentene hvordan mening blir til når de klarer å tingliggjøre og forbinde ulike kunnskaper. Dette tydeliggjorde profesjonens oppgaver og kunnskapsfelt og var en hjelp i deres utvikling. Grensekryssing er en måte å skape sammenhenger når ulike praksiser møtes og er å forstå som læringsressurser (Akkerman & Bakker 2011; Star & Griesemer 1989; Wenger 1998/2004). Felles interessefelt og tverrprofesjonelle kompetanseområder er resultat av at deltakerne sammen utvikler praktiske kunnskaper og meningsfulle sammenhenger over profesjonsgrensene. Utfra analysene er dette grunnleggende i tverrprofesjonell praksis og kan forstås som *sammenbindende grensearbeid*.

8.1.2 Deltaker og tingliggjorte forbindelser i tverrprofesjonell praksis

I utforskning av profesjoners samspill er *grensearbeid* (Gieryn 1983) et fruktbart analytisk perspektiv. Grensearbeid både skaper og beskytter epistemiske rom med tilhørende skiller til andre profesjoner og deres kunnskapsfelt. Men konkurranse om oppgaver, grensearbeid og konflikt er lite fremtredende i mitt empiriske materiale. Vi kan forstå tverrprofesjonelle kompetanseområder er en type delte epistemiske rom utviklet i profesjonenes grenseområder. Tverrprofesjonelle epistemiske rom er et trekk ved postene, selv ved Lien der profesjonenes funksjonsdeling var tydelig i daglig praksis. Disse delte epistemiske rom definerer hvem som er deltakere ut ifra hvilke kunnskaper som blir tillagt verdi. Det er felleskapets grenser som avgjør hva som er kompetanse, og hva som er sentral og kompetent deltakelse (Lave & Wenger 1991/2003). Praksisfellesskap kan lett forbindes med harmoni og er kritisert for at maktperspektiv blir utydelig (Davies 2005; Engeström 1999; Jewson 2007). Men Wenger (1998:136-/2004:160-) forstår praksisfellesskap også som et forhandlet *kompetansesystem*. Kompetansesystem er en inngang til å få frem deltakerposisjonene ved postene som er preget av fredelig sameksistens og samhandling. Stedets kompetansesystem har betydning for å forstå hvordan studentene så på fremtidig profesjonalitet. I utvikling av profesjonell identitet er deltakererfaringer sentrale (Wenger 1998/2004). Hva studentene lærte speiler derfor at kompetansesystemene i ulik grad åpner for deres deltakelse. Her vil jeg se nærmere på *forbindelsene* mellom profesjonene som formet praksis og kompetansesystem.

Jeg fant forskjeller i hvilke kunnskaper som ble vektlagt ved Studenttett post og Lien. Kunnskap som bidro til studenters mestring, var vesentlig for en vellykket virksomhet ved Studenttett post. Derfor var praktiske kunnskaper i veiledning og læring verdsatt. Dette gjør at i postens kompetansesystem var de ansatte og profesjonene ganske sidestilt. Deltakerne engasjerte seg i hverandres praksis for å sikre at pasienter ble fulgt opp i tråd med hensikten. De la vekt på kunnskap som bidro til felles forståelse av pasienters situasjon, utredning og tiltak. Klinisk medisinsk kunnskap kunne få forrang når indremedisinske forhold var sentralt i pasientens problem. Anerkjennelse var avhengig av formidlingsmåte og ikke bare innholdet. Det vil si at kunnskaper blir relevante hvis de bidrar til felles meningsdannelse. Studentene gjør hverandre til deltakere i tverrprofesjonelle fora og praksis. De får støtte av ansatte som tilrettelegger for at studenter nærmest er fullverdige deltakere. Det er *deltakerforbindelsene* mellom både profesjonenes oppgaver, praksiser og kunnskaper som former postens praksis og læringsmiljø. Tilhørighet og deltakelse i tverrprofesjonelle praksisfellesskap er sentralt i ergoterapeut-, fysioterapeut og sykepleierstudentenes læring. Studentene har en sterkere posisjon i kompetansesystemet enn ved andre praksissteder, og som Lien illustrerer.

Ved Lien er det to interessefelt for hvert pasientforløp. I det ene er klinisk medisinsk kunnskap vektlagt som gir legene og dels sykepleierne sterke posisjoner. I det andre interessefeltet er relevant kunnskap knyttet til å utrede, trene og tilrettelegge for pasienters selvstendigjøring. Dette gir logoped, ergo- og fysioterapeutene sterke posisjoner. I Liens praksis er elektronisk pasientjournal (EPJ) et sentralt redskap. EPJ åpnet for å bruke hverandres kunnskap om pasienter og bidro til effektivitet. De *tingliggjorte forbindelsene* er med på å sidestille profesjonene. Via EPJ kan studentene få en perifer deltakerposisjon i Liens kompetansesystem. Vektlegging på å lese og skrive i EPJ former og bekrefter Liens praksis og møtepraksis. Innordning og lite meningsforhandling kjennetegner samhandlingen i tverrfaglige fora. I denne praksis er det de tingliggjorte forbindelsene som kjeder sammen både kunnskaper og oppgaver mellom profesjonene. Dette gjør at deltakerne ikke alltid vet hvordan andre profesjoner bruker deres kunnskaper. Praksis gjør posisjonene utydelige og dekker til anerkjennelsen av den enkelte og profesjonens bidrag. Måten ergoterapeutene ved Lien ser på sin posisjon, viser usikkerhet på hvordan deres bidrag ble verdsatt. Dette illustrerer at å bruke tingliggjorte forbindelser alene, kan skape uklarhet og mistolkninger.

Ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentene ved Studenttett post erfarer at de var profesjonsutøvere. De var med å vurdere og fastsette problem og tiltak. På tvers av profesjongrensene ble de anerkjent for måten de ivaretok pasienter. Både ansatte og studenter visste hvem som kunne hva og hvem som trengte å vite hva. Ferdigheter krever å kunne vurdere handling ut ifra egen sanseerfaring, mens know-how vil si å kunne bruke fellesskapets handlingsregler (Polanyi 1962; Rolf 1991:114-). Både å lære konkrete ferdigheter og know-how var en side ved studentenes læring. De hjalp hverandre til å handle og forstå, og de ble med andre ord også utfordret til å være kompetente deltakere. Kompetanse innebærer å kunne spre og utvikle praktisk kunnskap (Rolf 1991). Praktisk innebar å spørre, forklare, fortelle, vise, se, diskutere, få og gi tilbakemelding for å skape forståelse. De gjorde dette i faste fora, i tilfeldige møter og ved å oppsøke profesjonene. Betydningen av slik meningsforhandling viser seg i ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentenes engasjement i hverandres praksis og læring ved Studenttett post. Med andre ord var *deltakerforbindelsene* mellom profesjonene sentrale i studentenes læring, slik forbindelsene var i postens praksis. Kompetansesystemet åpner for at studentene nærmest er fullverdige deltakere i postens praksisfellesskap. Dette skiller seg fra praksis og kompetansesystem ved Lien og andre praksissteder, der studentene stod utenfor eller var i perifere posisjoner. Det gjaldt også legestudentene ved begge Ringens poster.

I Liens praksis er derimot de *tingliggjorte forbindelsene* mellom profesjonene sentrale. Her hadde studentene små muligheter til å samhandle ansikt til ansikt over profesjongrensene. Innordning preger møtepraksis og utforming av felles interessefelt. Elektronisk journal og heftene for postens kompetanseområder ble i stor grad brukt i den enkeltes meningsdannelse om pasienters situasjon og aktørenes handling, kartlegging og tiltak. Implisitt i Liens praksis er forventninger om at skriftlig tingliggjøring ga mening for andre. Tingliggjøring gir erfaring og praksis en tilstivnet form som kan presenteres og forhandles om (Wenger 1998:57/2004:72). Liens samhandlingspraksis synliggjør betydningen av å utvikle felles forståelse i sann tid og rom. Læringspotensialet som ligger i møte med andre profesjoners perspektiv, viser seg de ganger som det var direkte samhandling. Ikke minst gjelder dette studentene. I de tilfeldige møtene samhandlet en student og en fra de andre profesjonene om ferdigheter og know-how. Slike hendelser var uvanlige ved Lien, mens de tilhørte daglig praksis ved Studenttett post. Studentenes perifere deltakerposisjon ved Lien kan vi se som resultat av at skriftliggjorte forbindelser mellom profesjonene preget postens praksis. I

studentenes læring ble deltakelse og fellesskapet i profesjonens studentgruppe sentralt og ikke tverrprofesjonelle fellesskap. Det er likheter mellom studentene ved Lien og legestudentene i deres marginale deltakerposisjoner i postens praksisfellesskap. De har avgrensede oppgaver knyttet til utvalgte pasienter, og de tar del i postens praksis via elektronisk pasientjournal. Videre er de hverken med i tverrprofesjonelle praksisfellesskap eller meningsforhandling.

Det ser ut til at tinglyggjorte forbindelser fremmer innordning som samhandlingspraksis som gjør det utfordrende å utvikle forståelse over profesjonsgrensene. Under slike forhold blir det krevende for studentene å bruke andre profesjoners bidrag, mens deltakerforbindelser fremmer meningsforhandling over profesjonsgrensene og støtter utvikling av felles forståelse. Dette kan i noen grad peke tilbake på at praktiske kunnskaper ikke alltid lar seg uttrykke fullt ut med ord (Grimen 2008a), og at profesjonelle bruker skjønn i sin kunnskapsanvendelse (Grimen & Molander 2008). Flere fremhever at i sykehus er kolleger er viktige kunnskapskilder for å løse problemer (Akre 2003; Atkinson 1995; Just 2005; Klette & Smeby 2012). Det er felles meningsdannelse i sann tid og rom som åpner for å få frem og diskutere tolkninger, uklarheter, nyanser og mer fortrolige sider i handlingsgrunnlaget.

Studentene ved Lien forstår virksomheten og praksis mer som flerprofesjonell enn tverrprofesjonell. En faktor er studentenes perifere deltakelse og manglende posisjon i kompetansesystemet. Deres oppfatning er også resultat av møtepraksis og av at felles skjema som Referat og Funksjonsskjema, fungerte som moduliserende *grenseobjekt* (Star & Griesemer 1989). Forstått som grenseobjekt, er skjemaene også symbol for profesjonenes samarbeid. Referatet er som grenseobjekt, en felles ramme for profesjonene. Rammen bidrar til sikkerhet, og tillater den enkelte å tilpasse innholdet til sin praksis (ibid.). Derimot delte Funksjonsskjemaet opp pasientens problem og avgrenset aktørenes ansvar og oppgaver. Aktuelle perspektiv ble sjelden forhandlet. Dette var gjort i utvikling av grenseobjektene og kompetanseområdene. Først når skjemaet og problemet ikke passet sammen, diskuterte de pasientforløp og vurderingsgrunnlag. De standardiserte skjemaene og skriftliggjøringen dekker delvis til nyanser, usikkerhet, uklarhet og handlingsgrunnlag. Dette illustrerer hvordan lokale kategorier er bærere av lokal kunnskap som ikke kommer frem i daglig praksis (Mäkitalo & Säljö 2002), og utfordringen det er å bruke standardisering for ulike pasientforløp (Strauss et al. 1997). Møtepraksis sammen med felles redskap, bidrar til å danne, bevare og forsterke Liens praksis. Tilsynelatende er dette en flerprofesjonell praksis

med oppdeling av pasienters problem, funksjonsdeling mellom profesjonene og tillit til deres autonome praksis. Dette står noe i kontrast til Studenttett post, der tilsvarende felles redskap, Planskjema og Sunnaas ADL Index, fungerer som samlende og ikke-moduliserende grenseobjekt. Her blir felles skjema redskap for å skape, opprettholde og bekrefte postens tverrprofesjonelle praksis. Til forskjell fra Lien gjør møtepraksis at skjemaene fremmer meningsforhandling og får frem vurderingsgrunnlaget. For profesjonelle har felles meningsdannelse betydning for å få et sikrere handlingsgrunnlag (Atkinson 1995; Engesmo & Tjora 2006; Måseide 2006, 2007). Når uklarhet og feil kommer frem, har deltakerne et utgangspunkt for å utvikle kompetanse og endre praksis (Rolf et al. 1993, kap.3,4). Forskjellen mellom Studenttett post og Lien synliggjør potensialet for kreativitet og utvikling av felles forståelse i direkte samhandling. Dette henger sammen med at skriftlig materiale fremstår som presist, endelig og sikkert. Muntlig formidling kan være en trussel for pasientsikkerheten (Lingard et al. 2007). Likevel er det grunn til å være oppmerksom på at spillet mellom grenseobjekt og møtepraksis kan gjøre at handlingsgrunnlaget blir uuttalt, og at diskusjon uteblir.

Grenseobjekt (Star & Griesemer 1989) er en inngang for å forstå hvordan elektronisk pasientjournal (EPJ) inngikk i postenes virksomhet og praksis. Forstått som idealtypen av grenseobjekt (ibid), er både EPJ, kalt *Linken*, og heftene for felles kompetanse symbol på Liens tverrprofesjonalitet. Profesjonenes samhandling er å forstå som et spill mellom de fysiske møtene og hvordan EPJ ble brukt. Ved Lien viser tverrprofesjonalitet seg ved at de skriver i et ganske profesjonsnøytralt språk. Notat om pasienter ble skrevet slik at kunnskap om pasienten kunne gi mening for andre profesjoner. Det vil si at de oversetter og dels omformer kunnskaper for at de kan fungere i andres handling, i tråd med et pragmatisk kunnskapssyn (Carlile 2002; Säljö 2001). Også arbeidet med heftene for felles kompetanse innebar at deltakerne omformer sin erfaring og profesjonenes kunnskaper. For dem som ikke hadde vært med å lage heftene, ga ikke teksten alltid mening i konkret pasientarbeid. Dette illustrerer utfordringen det kan være å bruke ord for å formidle og lære praktiske kunnskaper (Grimen 2008a). EPJ er som grenseobjekt, en felles ramme for den enkeltes selvstendige praksis. Tingliggjøring åpner for flere tolkninger og kan ikke erstatte deltakelse i meningsdannelse (Wenger 1998:62/2004:77). Vektlegging på å bruke grenseobjekt og skriftliggjøring i Liens praksis, minimerer profesjonenes samhandling og felles meningsdannelse i sann tid og rom. De tingliggjorte forbindelsene får forrang for

deltakerforbindelser i daglig tverrprofesjonell praksis og grensekryssing. Når tingliggjorte forbindelser preger praksis, blir det krevende for studentene å oppdage, forstå og delta i tverrprofesjonelle praksisfellesskap. Dette får frem hvordan tingliggjorte forbindelser både skapte meningsfulle sammenhenger og utfordringer med å danne slike sammenhenger.

Til forskjell fra Lien er Ringens praksis at aktørene primært skriver i EPJ for sin profesjon. I profesjonen fremmet dette forståelse av pasienters problem og oppfølging, og hva dette innebar i den enkeltes praksis. Bruken av EPJ symboliserer profesjonstilhørighet og ikke tverrprofesjonalitet som ved Lien. Ved å skrive i EPJ lærer studentene hvordan de kan tingliggjøre kunnskap om pasienten i tråd med profesjonens praksis. Her fungerer EPJ som et moduliserende *grenseobjekt* for ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentene. EPJ er en tingliggjort forbindelse som passer i flerprofesjonell praksis. Og da kan EPJ bli redskap i profesjonenes grensearbeid. Det vil si bli brukt til å skape og markere profesjonens epistemiske rom (Gieryn 1983). EPJ fungerer ikke slik ved Studenttett post, fordi deltakerforbindelsene dominerer praksis og kjeder sammen både oppgaver og kunnskaper mellom profesjonene. For eksempel gjennomgikk og forklarte deltakerne profesjonens tester og resultat for hverandre. Det vil si at de tolket materiale for hverandre som ikke var lett tilgjengelig i EPJ. Det er et poeng at bruk av fagterminologi kan hindre at de utenfor profesjonen får del i kunnskap og praksis. EPJ kan være et kraftfullt redskap for å skape og markere skiller og synliggjøre profesjonen (Bowker & Star 1999).

Bruken av EPJ påvirket studentenes deltakelse i profesjonens og postens praksis. Studentene deltok i profesjonen ved å skrive og lese profesjonens materiale i EPJ. De *skriftliggjorte forbindelsene* bidro i deres forståelse av profesjonalitet. EPJ er legers nøkkelverktøy for å innhente, sammenstille og vurdere pasientdata (Berg 1999a; Lium et al 2008; Østerlund 2008) og sikrer effektiv informasjonsutveksling uavhengig av tid og rom (Melby 2007). Som grenseobjekt fungerer EPJ samlende for Liens ansatte, tilsvarende som for leger. Særlig kunne profesjonenes notater overføres mellom praksiser og slik fungerer EPJ samlende. Ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentene ved Lien brukte andre profesjoners materiale i EPJ mer enn Ringens studenter. Ved Lien kunne studentene delta i den tverrprofesjonelle praksis ved å bruke EPJ. Grenseobjektet åpner for at de får en deltakerposisjon i profesjonens og postens praksis. En tilsvarende mulighet manglet legestudentene. For dem var EPJ et redskap for å kunne være turnuslege in spe og tilknyttet

profesjonen lokalt. Derfor er legestudentenes perifere posisjon til dels resultat av at de i begrenset grad fikk bruke den sentrale tinglyggjorte forbindelse, EPJ. Betydningen av samspillet mellom deltakelse og tinglyggjøring (Wenger 1998:62/2004:79) kommer også frem i mine analyser. Det er ved å forhandle om menig at bidragets og deltakerens betydning for felles virksomhet blir tydelig. Samtidig er deres tinglyggjøring en forutsetning for delta i meningsforhandling. Studenttett post illustrerer dette når studentene omformer hverdagspråk til fagspråk og bruker fagspråk og teoretiske kunnskaper for å delta i felles meningsdannelse. Ved å oversette og omforme fagterminologi bidrar ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentene til hverandres læring og deltakerposisjon. Det er i de direkte møtene at de lærer å tinglyggjøre og bruke sine bidrag meningsforhandling. De bruker deltakerforbindelser fremfor grenseobjekt for å krysse profesjongrensene, ulikt Liens praksis.

Måten profesjongrensene blir krysset, preger lokal praksis og studentenes erfaring fra stedet. Ved å bruke Wengers begrepspar deltakerforbindelser og tinglyggjorte forbindelser kan vi skissere *to modeller for tverrprofesjonell praksis*. I hver modell dominerer en type forbindelse mellom profesjonene, mens den andre forbindelsesmåten er mindre i bruk. I en modell for tverrprofesjonalitet er *deltakerforbindelser* fremtredende i daglig virksomhet og praksis, mens i den andre dominerer *tinglyggjorte forbindelser*. Studenttett post illustrerer hvordan kryssing av profesjongrensene skjer ved deltakernes engasjement for å utvikle felles forståelse og praksis. De er sammen om å vurdere og fastsette problem og tiltak. Felles interessefelt blir til i meningsforhandling over profesjonenes grenser. Gjensidig engasjement i hverandres praksis og læring preger samhandling og tverrprofesjonell meningsdannelse. Bruk av grenseobjekt støtter deltakerforbindelsene uten å erstatte disse. I stor grad er aktørenes tinglyggjøring muntlig. Meningsdannelse og utvikling av praksis i fellesskap er fremtredende i studentenes læring. Deltakerforbindelser tydeliggjør den tverrprofesjonelle praksis, og hva studentene må kunne som profesjonelle. Også studentene blir deltakere som forbinder profesjonenes bidrag og skaper sammenhenger i postens praksis og virksomhet. De utvikler og deltar i tverrprofesjonelle praksisfellesskap ulikt Liens studenter. En parallell finner vi når postenes tverrprofesjonelle kompetanse og praksisfellesskap utvikles, da er også deltakerforbindelser nødvendige. Studentene lærer å formulere kunnskaper for å bruke dem i meningsforhandling i tråd med stedets praksis for tinglyggjøring. I daglig praksis og i studentenes læring og profesjonalitet blir de tverrprofesjonelle fellesskap grunnleggende. Deltakernes relasjoner og direkte samhandling blir symbol på deres tverrprofesjonelle praksis.

I den andre modellen for tverrprofesjonell praksis er *tingliggjorte forbindelser* og bruk av grenseobjekt fremtredende i daglige praksis. Liens praksis illustrerer hvordan de krysser profesjonsgrensene ved å bruke tingliggjorte forbindelser som i stor grad var skriftlige. De bruker grenseobjekt som elektronisk journal, felles skjema og heftene for tverrprofesjonelle kompetanseområder. Daglig virksomhet og praksis er avhengig av tingliggjorte forbindelser. De bruker grenseobjekt for å vurdere og fastsette problem og pasientforløp. Samhandling og utforming av felles interessefelt skjer i mindre grad som meningsforhandling over profesjonsgrensene. Tverrprofesjonell meningsdannelse skjer i form av innordning. Aktørene bruker hverandres skriftliggjøring for å skape meningsfulle sammenhenger. Det er et poeng at i utvikling av tverrprofesjonell praksis, er deltakerforbindelsene avgjørende. Først når sammenhenger mellom profesjonenes praksiser er dannet, kan de tingliggjorte forbindelser til dels erstatte deltakerforbindelsene. Grenseobjekt som Tverrfaglig møte, EPJ og felles skjema, blir redskap for å opprettholde og symbol på deltakernes tverrprofesjonelle praksisfellesskap. Studentene deltar i praksisstedets tverrprofesjonelle virksomhet ved å bruke EPJ. De lærer å tingliggjøre sine kunnskaper om pasientene ved å skrive og lese. Dette vil si at de prøver å gi kunnskaper en form slik at disse kan overføres til andre profesjoner i tråd med Liens praksis for skriftliggjøring. I daglig og lokalt virke er det skriftliggjøring og elektronisk pasientjournal som kjeder sammen profesjonens praksis og oppgaver. Disse tingliggjorte forbindelsene knytter også profesjonens studenter til dennes virksomhet og kunnskapsfelt. Grenseobjekt som EPJ støtter studentenes forståelse og læring av fremtidig profesjonstilhørighet og praksis.

8.1.3 Studentenes deltakelse og læring

Jeg har pekt på at profesjonenes grenseområder var en ressurs for å utvikle kompetanse, og at deltakelse og tingliggjøring (Wenger 1998/2004) ble brukt ulikt i postenes praksis. Dette speiler seg også i studentenes læring. Deres legitime perifere deltakelse (Lave & Wenger 1991/2003) ble delvis styrt av hvordan forskjeller i forbindelser mellom profesjonene tilrettela for deres deltakelse. I analysene bruker jeg ulike former for *deltakerbaner* (Wenger 1998:153/2004:179), og her ser jeg på hva studentenes mulige deltakerbaner betød for deres læring. Det er forskjeller mellom postene i hvilke fellesskap som studentene tilhørte. Det er ikke overraskende at studentene i samme profesjon danner fellesskap ved posten, heller ikke at de var med i grupper ved sin utdanning utenfor posten. Flere som har utforsket studenters læring i profesjonsvise praksisstudier fremhever betydningen av deres deltakelse i profesjonens studentfellesskap (Bleakley 2006; Jensen 2006; Larsen 2000; Rodger et al. 2011; Skøien et al

2009). Studentene ved Lien og legestudentene følger deltakerbaner i *profesjonens studentfellesskap*. Ved Studenttett post er mulige deltakerbaner rettet i tverrprofesjonelle fellesskap. Veilederne er her et tverrprofesjonelt praksisfellesskap som gjør at de mestrer utfordringen når studenter overtar profesjonens oppgaver. Ved Lien har hverken veilederne eller studentene tverrprofesjonelle praksisfellesskap. Praksis ved Studenttett post åpner for at studentene er mer fullverdige deltakere enn ellers i praksisstudiene. Her følger ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleierstudentene *inngående deltakerbaner* i tverrprofesjonell praksis og utvikler *tverrprofesjonelle praksisfellesskap*.

Paradigmatiske baner (Wenger 1998:156/2004:181) er viktige i utvikling av profesjonalitet og tverrprofesjonelle praksisfellesskap. For ergo- og fysioterapeutstudentene går deltakerbanene i *fremtidig profesjon via tverrprofesjonelle praksisfellesskap*. Deres baner rettet i profesjonen er i stor grad avhengig av studentenes forestillinger om profesjonens fellesskap og praksis. Posten hadde mange sykepleiere, men ellers var det en eller få ansatte i hver profesjon. Derfor blir fortellinger fra profesjonens veileder sentrale for å lære hvordan de bruker profesjonens kunnskaper og for å forstå fremtidig profesjonalitet. Betydningen av paradigmatiske baner i læring blir illustrert av ergo- og fysioterapeutstudentene som manglet tilgang til profesjonens lokale fellesskap. Sykepleierstudentene ved Studenttett post følger også deltakerbaner inn i tverrprofesjonelle praksisfellesskap. Dessuten kunne de følge inngående deltakerbaner i *profesjonens lokale fellesskap*. Dette er ulikt sykepleierstudentene ved Lien som er perifere deltakere i sykepleierfellesskapet og fulgte inngående baner i *fremtidig profesjon*. Deltakerbanene speiler at det var forskjeller i hva sykepleierstudentene lærte ved Lien og Studenttett post. Ved Studenttett post ivaretok de den daglige drift og koordinerende funksjon som eksempelvis Olsvold (2010) viser at sykepleiere har. Ved Lien er sykepleierstudentenes fokus å lære konkrete oppgaver som hovedsakelig gjaldt utvalgte pasienter. Mulighetene til å delta i og forstå Liens virksomhet og praksis blir da begrenset.

Tilsvarende gjelder legestudentene som ikke engasjerer seg i tverrprofesjonell praksis, og som mister læringsmuligheter i dette fellesskapet. Dette blir forsterket når de får bruke elektronisk journal i begrenset grad. Legestudentenes og Liens studenters deltakerbaner går mer i retning mot *fremtidig profesjon* enn i profesjonens lokale fellesskap. Bildet er nyansert for ergoterapeutstudentene ved Lien. De kunne i noen grad følge inngående deltakerbaner i *profesjonen lokalt*. Flere studier om studenters læring i profesjonsvise praksisstudier (Benner

2010; Rotert 2006; Skøien et al. 2009; Wichmann-Hansen 2004) vektlegger at studenter er inkludert i profesjonens lokale fellesskap. Mine analyser får også frem betydningen av at studentene kan følge deltakerbaner i profesjonens lokale praksisfellesskap for å lære fremtidig virke. Det vil si å bruke profesjonens handlingsregler og kriterier for hva som er god praksis (Polanyi 1962). Jeg finner at inngående deltakerbaner i *tverrprofesjonelle praksisfellesskap* hjelper studentene til å forme fremtidig profesjonalitet som går utover det å håndtere konkrete oppgaver. De lærer å forbinde sin, profesjonens og andre profesjoners aktivitet og praksis. Å være deltaker i tverrprofesjonelle praksisfellesskap innebærer å krysse profesjongrensener som åpner for å utvikle praktiske kunnskaper og meningsfulle sammenhenger.

Ulikhet i mulige deltakerbaner speiler seg også i de teoretiske kunnskaper som studentene erfarte at de trengte. I profesjonens lokale studentgruppe er pensumlitteraturen et middel for å delta i meningsdannelse og -forhandling. Pensum var en ressurs for å følge profesjonens aktivitet og praksis. Studentene brukte pensum for å forstå og knytte sammen pasientens problem og profesjonens kunnskapsfelt. Ved Lien er pensumlitteratur et middel for å få støtte fra veileder og til dels profesjonens primærkontakt for pasienten. Med andre ord leser de for å styrke sin studentposisjon, men fortsatt er de utenfor kompetansesystemet. Profesjonens studentgruppe, veileder eller klinikere påvirket hva studentene leste. I stor grad gjaldt dette også legestudentene. Ved Studenttett post styrer også møte med andre profesjoners perspektiv hva studentene leste. Her leste ergo- og fysioterapeutstudentene også annet fagstoff enn pensum. Dette åpner for å bli anerkjent som deltaker i meningsforhandling både i og utenfor faste fora. En ting er at de lærte om konkrete forhold ved sykdommer. Brede teoritilfang endret også studentenes forståelse av pasientens situasjon og sin fremtidig profesjonalitet. Det å lese litteratur utover pensum, kan vi se som en side ved grensekryssing. Grensekryssing ved å bruke teori hjelper studentene til å forbinde egen og andre profesjoners handling. Fagstoffet er med å utvide perspektivet på pasientforløp og hva profesjonene kan bidra med. Studentene kunne oppdage muligheter og begrensninger i sin profesjons vurdering og tiltak. Indirekte blir studentens forventning til profesjonalitet tydelig. Her er det forskjell fra studentene ved Lien og legestudentene. De brukte teori for å forbinde profesjonens utdanning og medlemmenes lokale praksis. Det å lese faglitteratur betød minst for sykepleierstudentene, som leste når de har konkrete undervisningsoppgaver. Ved Lien står sykepleierstudentene utenfor og søker ikke inn i kompetansesystemet. Ved Studenttett post følger posisjonen for sykepleierstudentene dels av koordineringsoppgaver i postens drift. Her er det en parallell til

den tydelige posisjon som Liens sykepleiere har i kraft av at de koordinerer oppgaver og bidrar til å forbinde interessefeltene indremedisin og rehabilitering. Teoretiske kunnskaper bidrar beskjedent til å styrke sykepleierstudentenes deltakerposisjon ved Studenttett post.

Jeg finner det interessant at studentene som følger inngående *deltakerbaner i tverrprofesjonell praksis* også endrer syn på hvilke kunnskaper som har verdi for å forstå pasienters situasjon. Profesjonens rolle og relevansen av profesjonens kunnskapsbase blir tydeliggjort for studentene. Deres bidrag blir anerkjent, de deltar i meningsforhandling og er på vei til å være kompetente deltakere. Studentenes posisjon gjør at de ikke kan endre vurderingskriteriene for praksis. Det vil si at de ikke helt er kompetente deltakere (Rolf 1991:122-). Likevel mener jeg at disse studentene utvikler trygghet og forventning om at deres kompetanse gjør at de i fremtiden kan endre praksis. Vi kan si at studentene endrer sitt handlingsgrunnlag ved å se dette i lys av og trekke inn andre profesjoners perspektiv. Dette innebærer også erkjennelse av at profesjonens grunnlag for å vurdere problem og tiltak kan være utilstrekkelig. Med andre ord skjer det både en utvidelse av hva som skal til for å forstå pasientenes situasjon, og en klargjøring av profesjonens kunnskapsbase og egen profesjonell utvikling. Ved Studenttett post lærer ergoterapeut-, fysioterapeut- og sykepleiestudentene å omforme kunnskaper og tolke fagspråk for å bidra til hverandres deltakelse og profesjonalitet. De lærer å utvikle meningsfulle sammenhenger og felles ansvarlighet ved å krysse profesjonenes grenser. Det vil si at deres profesjonalitet omfatter å kunne kjede sammen profesjonenes bidrag for å utvikle praksis. Studentene ved Lien mangler mulighet til å følge inngående deltakerbaner i stedets tverrprofesjonell praksis. I deres profesjonalitet inngår i mindre grad å kunne krysse profesjonsgrenser for å utvikle praksis.

Bildet er et annet for studentene der lokal praksis tilrettela for inngående baner i *fremtidig profesjon*. Deres læring omfatter å bruke og forbinde elementer i profesjonens kunnskapsfelt. Legestudentene illustrerer hvordan studiet fremmer *inngående* deltakerbaner i profesjonen som også er *utgående* baner fra å være student. Også ved Lien går deltakerbanene i retning av fremtidig profesjon og i mindre grad *inn i profesjonen lokale praksis*. Studentene avgrenser læringsfokuset til de delproblem og tiltak i pasientforløpet som er profesjonens lokale ansvar. De er kun deltakere i meningsforhandling i profesjonens studentgruppe. Et interessant poeng er hvordan tingliggjorte forbindelser bidrar i studentenes posisjon i deltakerbanene, og hvordan deres muntlig og skriftlig tingliggjøring må forstås i lys av hverandre. Alle steder

erfarte studentene at det er viktig og relevant i profesjonell praksis å bruke elektronisk journal (EPJ). Lave og Wenger (1991/2003) poengterer betydningen av å beherske språket for å være fullverdig deltaker. Å skrive hjalp studentene med å lære fagspråk, og det symboliserte at de snart var profesjonelle. I Liens praksis er studentene perifere deltakere når de bruker EPJ, mens de ellers har observatørstatus. Deres samhandling via EPJ betyr mye for å forstå Liens og profesjonens virksomhet og praksis. Studentene lærer å bidra i felles forståelse ved å omforme fagspråk og skrive ganske profesjonsnøytralt i EPJ. For dem rommer fremtidig profesjonalitet å bruke tingliggjorte forbindelser i en flerprofesjonell praksis. Ved Studenttett post bruker studentene profesjonens fagspråk i EPJ. De lærer å omforme sitt språk til profesjonens språk og synliggjøre sine kunnskaper og profesjonstilhørighet.

Profesjonelles synlige handlinger blir vesentlig i studentenes oppfatning av profesjonalitet. Studentenes oppfatning av praksis som flerprofesjonell ved Lien, eller som tverrprofesjonell ved Studenttett post, kan vi forstå i lys av ulikhet i deltakerbanene. Når studentenes inngående deltakerbaner er rettet inn i *fremtidig profesjon* mer enn i *profesjonen lokalt*, blir det krevende å oppdage og delta i stedets tverrprofesjonelle praksis. Dette blir forsterket når forbindelsene mellom profesjonene er skriftliggjorte i daglig praksis. Hva og hvordan profesjonenes medlemmer og de selv skriver og leser, er med på å forme studentenes forståelse av praksis som fler- eller tverrprofesjonell. En måte å si dette er at bruken av tingliggjorte forbindelser bidrar til å forme *paradigmatiske deltakerbaner for fler-/tverrprofesjonalitet*. Det vil si de var med å danne studentenes forestilling av praksis og fellesskap som de forstår profesjonens bidrag i lys av. En parallell er hvordan profesjonens skriftliggjøring ved Studenttett post bidro til ergo- og fysioterapeutstudentenes paradigmatisk deltakerbaner inn i fremtidig profesjon. Dette illustrerer hvordan de tingliggjorte forbindelsene bidrar til studentenes forståelse av fremtidig profesjonalitet. I tillegg vil det å beherske de tingliggjorte forbindelsene påvirke studentens posisjon i deres deltakerbaner inn i postens og profesjonens praksisfellesskap.

8.1.4 Tverrprofesjonelle praksisfellesskap og profesjonalitet

I analysene løfter jeg frem at utvikling av tverrprofesjonelle kompetanseområder skjer i og er med å danne praksisfellesskap. Hvordan tverrprofesjonelle praksisfellesskap kan bidra i forståelse av profesjonalitet, er et tema som jeg her ser nærmere på.

Fra et handlingsperspektiv dreier profesjonalitet seg om å løse praktiske problem, eksempelvis for pasienter, ved å bruke ekspertkunnskaper (Molander & Terum 2008). Mine analyser gir et blikk inn i hva profesjonene faktisk gjør på mikronivå for å løse felles oppgaver. Dette må ikke forstås dit hen at oppgaver ble gjort kun på en måte. Snarere har analysene fått frem noen mønstre og variasjoner av hvordan aktørene løste oppgaver og av tverrprofesjonell virksomhet, og hva studentene erfarte som relevant og nødvendig å mestre for å være profesjonell. I analysene har praksisfellesskap som perspektiv bidratt til å belyse hva aktørene gjorde og deres forståelse av profesjonalitet når oppgaver krevet bidrag fra flere profesjoner.

Tverrprofesjonalitet behøver ikke føre til bedre kvalitet i tjenester. Formålet for profesjoners arbeid ligger utenfor profesjonen selv, og dette gjør at profesjonelles bruk av kunnskap ikke kan løsrives fra verdigrunnlaget (Grimen 2008a). Men når flere profesjoner er involvert, er det ikke gitt hva som er verdigrunnlaget. Et trekk ved praksisfellesskap er deres organiske form som gjør at de kan omgå formelle system (Wenger 1998/2004). Dette gjør at tilhørighet til praksisfellesskapet, og ikke til arbeidsinstitusjonen, avgjør hva som er hensikten med og gyldig handlingsgrunnlag for felles virksomhet og praksis. Enkelte hendelser i materialet viser til at sykehuset la press på de ansatte om økt gjennomstrømming av pasienter. For å ha pasienter innlagt noe lenger, fikk deltakerne støtte fra postens praksisfellesskap. Lenger tid i posten kunne grunne seg i vurderingen av pasientforløpet, og ved Studenttett post også av hensyn til studenters læring. Det tverrprofesjonelle praksisfellesskap kunne bli brukt for å opprettholde vurderinger og praksis som ikke helt passet sykehusets effektivitetskrav. Praksisfellesskap som perspektiv, har bidratt til å få frem sider ved deltakernes verdier og forståelsen av samfunnsoppdraget som var inkluderte i deres kunnskapsanvendelse.

Mine analyser illustrerer at det å tilhøre tverrprofesjonelle praksisfellesskap, får betydning for hvordan deltakerne forstår, utvikler og vurderer praksis. Enhetlige pasientforløp og studenters læring var to slike ledende verdier i lokal tverrprofesjonell praksis. Aktørenes oppfatning av hensikten med postens virksomhet eller deres samfunnsoppdrag, påvirket deres oppgave- og ansvarsfordeling. Deltakerne fra ulike profesjoner hadde formet felles kriterier for hva som var god praksis. Det vil si at det empiriske materialet også bidrar inn i et organisatorisk perspektiv på profesjonalitet (Molander & Terum 2008). Analysene viser profesjonenes kompetansesystem og felles kompetanseområder på mikronivå. Dette får frem at i postens

praksisfellesskap var ikke tilhørighet og posisjon avgjort ut ifra profesjon alene. Til grunn lå deltakernes oppfatninger av hva som har betydning for virksomheten, og hvilke kunnskaper som bidro til å nå virksomhetens formål. Deltakelse i tverrprofesjonelle fellesskap ledet deres forståelse av hva som er felles interessefelt og ressurser, hvordan de tilhørende oppgaver kan og bør løses. Praksisfellesskap (Wenger 1998/2004) har som analytisk ramme fått frem hvordan vurdering og kontroll av oppgaveløsning er styrt av lokal felles praksis, og ikke utelukkende fra profesjonens perspektiv. Flere aktører og profesjoner bidro sammen til å fastsette og løse problem og til handlingsgrunnlaget. Et perspektiv der det er profesjonens ekspertkunnskap som gir profesjonen egenkontroll og kan utestenge andre fra å utføre arbeidet (Abbott 1988; Freidson 2001), blir utfordret når det dannes tverrprofesjonelle kompetanseområder og kompetansesystem. Tverrprofesjonell praksis åpner for profesjonalitet der handlingsgrunnlaget går utover en profesjons kunnskapsfelt og standarder. Det vil si at formål, oppgaver, vurderingskriterier, praksis og posisjon ikke blir til i profesjonen, men i lokal meningsforhandling og utvikling av gjensidig ansvarlighet over profesjonsgrensene. Vurdering og anerkjennelse av deltakernes bidrag i tverrprofesjonelle praksisfellesskap påvirker hva som er god praksis og hva profesjonalitet er.

Et kjennetegn ved profesjoner er at de anvender skjønn (Abbott 1988; Freidson 2001). Dette gjør at profesjonelle kan bruke generelle kunnskaper for den enkelte pasient som er en forutsetning for individuell behandling (Grimen & Molander 2008). I dag møter profesjonelle krav om å følge standardiserte prosedyrer og pasientforløp og at deres beslutninger er vitenskapelig begrunnet (Grimen 2009). Deltakerne kan omgå ytre kontroll og styring når vurdering av handlingsgrunnlag og problemfastsetting og -løsning skjer i praksisfellesskap. Da kan tverrprofesjonelle praksisfellesskap være redskap for profesjonelle til å få støtte for bruk av skjønn og erfaringsbaserte kunnskaper. Dette åpner for at praksisfellesskapet vurderer beslutning og handling i lys av hva som er fellesskapets interessefelt, praksis og kompetanse. Anerkjennelse av handling i fellesskapet gjør at profesjonelle kommer i posisjon til å påvirke hva som blir lagt til grunn for skjønnsutøvelse og utforming av pasientforløp. Derfor kan tverrprofesjonalitet bidra til styrke bruken av praktiske kunnskaper som vurderingsgrunnlag. Dette kan ikke tolkes som at tverrprofesjonelle praksisfellesskap vil kvalitetssikre profesjonelles praksis i tilstrekkelig grad.

Et poeng er at flerprofesjonelt arbeid er en måte å organisere profesjoners arbeid på som synes effektiv. En slik arbeidsform kan være i tråd med et syn på profesjonalitet, der hver profesjon har sitt ansvarsfelt og kunnskapsområde (Abbott 1988). Når profesjonenes samspill er preget av konkurranse om jurisdiksjon og posisjoner, er flerprofesjonell praksis en mulighet. Flerprofesjonell praksis kan bety innordning i arbeidsinstitusjonens strukturer. Dette vil si at praksis blir tilpasset en byråkratisk modell for kontroll og fordeling av oppgaver, myndighet og ansvar. Liens praksis fremstod som flerprofesjonell for studentene. Dette var også min umiddelbare oppfatning før jeg kom dypere i analysene. Måten som profesjonene hadde fordelt oppgaver og delt opp pasientenes problem, passer med profesjonalisme hos Freidson (2001), der tjenester sikres ved profesjonenes arbeidsfordeling og deres autonomi i oppgaveløsning og -kontroll. Bruken av elektronisk journal som grenseobjekt, og ikke minst Liens kompetanseområder endrer bildet. Analysene viser en tverrprofesjonell praksis der både profesjonenes oppgaver og kunnskaper er sammenkjedet. Lien viser seg å ha høy kompetanse i undersøkelse og behandling. De tverrprofesjonelle kompetanseområder står frem som sentrale i stedets ekspertise. En forutsetning for daglig virksomhet og praksis er at personalet som fellesskap, har utviklet tverrprofesjonell kompetanse. En parallell er betydningen som studentenes tverrprofesjonelle praksisfellesskap har i deres læring ved Studenttett post.

En viktig side ved praktiske kunnskaper er å kunne endre felles handlingsregler ved å bruke symbol, teori og refleksjon (Polanyi 1962; Rolf 1991). Dette innebærer å utvikle og dele praktiske kunnskaper, samt å kunne endre profesjonens standarder for praksis. Kompleksiteten i en situasjon og i pasientens problem kan være slik at hva som er god praksis ikke kan avgjøres fra én profesjons perspektiv, men avhenger av bidrag og kunnskaper fra flere. Tverrprofesjonalitet forstått som deltakelse i praksisfellesskap, er en side ved profesjonalitet som kan bli oversett. Det er i profesjonens grenseområder at aktørene blir utfordret til å få frem og omforme for hverandre verdier, perspektiv og kunnskaper som gjerne er implisitt i profesjonens og deltakernes praksis. I møte med andre profesjoners perspektiv er det mulig å fange opp og stille spørsmål ved handlinger og handlingsgrunnlag. Analysene gir et blikk inn i tverrprofesjonell kompetanse eller ekspertise utviklet ved at deltakerne forbinder kunnskaper over profesjongrensene. Kunnskapsbidrag ble meningsfulle for aktørene når de var knyttet til felles virksomhet og praksis. Praktiske kunnskaper og synteser er derfor sentrale for å forstå og utvikle tverrprofesjonell praksis. Deltakerforbindelser synes avgjørende i utvikling av tverrprofesjonelle praksisfellesskap og studentenes læring.

Betydningen av tingliggjorte forbindelser er tydeligere i etablert tverrprofesjonell praksis. Grensekryssing forstår jeg som del av det å omforme kunnskaper for å utvikle og bruke felles kompetanse. Forbindelsene bidrar til å forme meningsfulle sammenhenger for den enkelte. Det vil si at kunnskapselement blir satt inn i en sammenheng, og betyr ikke å redusere profesjonens kunnskapsfelt. Tverrprofesjonalitet innebærer å kunne krysse grenser og skape sammenhenger innen et delt område. Grensekryssing blir da å forstå som en side ved det å være profesjonell. Dette åpner for å forstå og utforske grensearbeid også som det å skape forbindelser mellom profesjonenes kunnskapsfelt, og ikke bare å danne og beskytte grenser.

8.2 Avhandlingens bidrag i studentenes praksisstudier og i praksisfeltet

I kvalitativ forskning er generaliserbarhet et spørsmål om overførbarhet. Overførbarhet handler om i hvilken grad troverdige forskningsresultat også gjelder for andre personer eller forhold enn de som er undersøkt (Kvale & Brinkmann 2009a: 264-). Dette er en analytisk generaliserbarhet. Til grunn ligger at forskningsprosessen er transparent, slik at andre kan forstå hvordan forskeren når frem til og kan argumentere for sine resultat. Her vil forskerens vekslning mellom det konkrete og teoretiske perspektiv bidra i utvikling av analytisk forståelse (Wadel 1991). Det vil si at mine arbeidsmåter og valg av teoretiske perspektiv har påvirket den innsikt som min forskning kan bidra med. Derfor kan det ikke skje en direkte overføring fra mine resultat til andre kontekster. De tykke beskrivelsene åpner for en leserbasert overføring ved å analysere likheter og forskjeller i situasjonene (Kvale & Brinkman 2009). I avsnittet kommer jeg med noen forslag til hvordan avhandlingen kan bidra i videreutvikling av praksisstudiene og noen innspill til praksisfeltet.

En intensjon var å få frem profesjonenes lokale samhandling, nærmere bestemt variasjoner og mønstre i deres praksis. En styrke i utforskningen er at jeg har gått dypt inn i aktørenes deltakelse, praksis og utvikling på mikronivå. Valget av praksisfellesskap som analytisk ramme, mener jeg åpnet for å frembringe og formidle innsikter om tverrprofesjonell praksis og virksomhet som studentene deltok og lærte i ved praksisstedene. Dette gjorde det mulig å få frem både detaljrikdom, mønstre og variasjon. Profesjonsteoretiske perspektiv har vært en viktig referanse i arbeidet og har hjulpet meg til å løfte mitt forskerblikk underveis. Mitt fokus på mikroplan og disse perspektiv har bidratt til bevissthet om at aktørene og deres praksis inngår i en større sammenheng. Studier av profesjoners samspill er ofte rettet mot makt, konkurranse og konflikt, og danner til dels en motsats til min utforskning om profesjonelle og

studenter som deltakere i praksisfelleskap. Min presentasjon og diskusjon av resultatene er å forstå i lys av de teoretiske og analytiske perspektiv som jeg har lagt til grunn.

Mikroperspektivet er valgt for å få frem sider ved den sammensatte og mangfoldige virkelighet som de profesjonelle og studentene var en del av ved praksisstedene. En mulig kritikk er at hva som skjer i sykehusposter ikke kan sees isolert fra sykehus som organisasjon, og profesjonenes plass i helsetjenesten og samfunnet. Andre kan etterlyse betydningen som utdanningsinstitusjoner har for praksisstudier. Jeg har studert noen få praksissteder, noen utvalgte studenter og profesjonelle som var ved de medisinske postene. Felles for pasientene var at de trengte innsats fra flere profesjoner. Felles for studentene var at de var langt ute i studieforløpet. Studenttett post skiller seg fra tradisjonelle praksissteder og fra treningsposter designet av utdanningsinstitusjoner. Det vil alltid være forskjeller både mellom utdanninger, sykehusposter, veiledere og studenter. Dette er forhold som må tas i betraktning i hvordan resultatene blir forstått og overført til andre kontekster. Avhandlingen gir et blikk inn i den kompleksitet som studenters læring er, og som profesjonelles praksis ved sykehusposter er.

8.2.1 Videreutvikling av studentenes praksisstudier

Studenters læring i praksisfeltet er naturlig nok rettet mot læring i profesjonens praksis. Samtidig er virksomheten ved mange praksissteder i helsetjenesten avhengig av at flere profesjoners bidrag samspiller. Jeg har ønsket å løfte frem dette samspillet og har rettet søkelyset mot profesjonenes grenseflater. Sykehusets/helseforetakets produksjon blir målt ut ifra deres pasientarbeid. Dette kan gå på bekostning av studenters praksisstudier selv om utdanning er et ansvar som sykehus/foretak også har, ifølge Helseforetaksloven (2001). Denne avhandlingen kan bidra til å videreutvikle studenters praksisstudier som en del av postens virksomhet. Hvis tverrprofesjonell virksomhet skal være en realitet, er det i lys av analysene nødvendig å tilrettelegge for at både ansatte og studenter lærer å krysse profesjongrensener i utvikling av kunnskaper og praksis. Dette betyr ikke at profesjonens kunnskapsbase er mindre viktig, men at kunnskapsbidrag fra flere profesjoner danner meningsfulle sammenhenger. Det vil si å bidra til felles forståelse og ansvarlighet for å forme enhetlige pasientforløp ved å forbinde aktørenes praksiser. I utvikling av tverrprofesjonalitet er det fruktbart å ta utgangspunkt i og fokusere på å utvikle felles kompetanseområder ved praksisstedene.

For studentene er det motiverende å lære kunnskaper for å mestre fremtidig arbeid. En av deres utfordringer er å forstå kompleksiteten i pasienters situasjon, og hva dette betyr når de

fastsetter, vurderer og løser sammensatte problem i sin praksis. Studentene skal lære og bruke flere former for kunnskaper. Fordi profesjoners kunnskapsbase er heterogen og fragmentert, blir det behov for å utvikle meningsfulle sammenhenger, praktiske synteser (Grimen 2008a). I praksisstudiene er det derfor et poeng å finne og bruke muligheter som kan hjelpe studenter til å forbinde kunnskaper og sette profesjonens bidrag inn i en sammenheng. Når praksisstedet tilrettelegger for at studenter deltar i vurdering av reelle problem som krever flere perspektiv for å løses, blir de utfordret til å sette ord på sin erfaring og praksis. Dette kan bidra til å gjøre profesjonens kunnskapsbase relevant i studentenes læring. Når studenter deltar i tverrprofesjonell meningsdannelse, får de hjelp til å kjede sammen kunnskaper og til å forstå profesjonens handlingsgrunnlag. Dette påvirker hvordan de forstår pasientens situasjon og hva profesjonalitet innebærer. Jeg har pekt på at for studenter kan deltakelse i utvikling av felles interessefelt om pasienten stimulere til dannelse av tverrprofesjonelle studentfelleskap ved praksisstedet. Uten erfaringer fra å være deltaker i tverrprofesjonelle fellesskap vil studenters profesjonelle utvikling gå i retning av flerprofesjonell praksis.

8.2.1.1 Veiledernes tverrprofesjonelle praksisfelleskap

Analysene gir grunnlag for å hevde at veiledernes tverrprofesjonelle praksisfelleskap er avgjørende når studenter skal delta i tverrprofesjonell virksomhet og bruke deltaker og tingliggjorte forbindelser. Studenttett post illustrerer dette. Der utviklet ergoterapeut-, fysioterapeut og sykepleierstudentenes et praksisfelleskap, og de viste engasjement og ansvarlighet for hverandres deltakelse, læring og pasientarbeid. Dette gjør dem mindre avhengige av at en til en relasjonen mellom veileder og student fungerer. Analysene fra Lien illustrerer at veileder-student relasjonen er tydelig premissleverandør i studentenes læring. Her er det flere felles trekk med legestudentene. Forskjeller mellom praksisstedene spiller i hvilken grad studentene er selvstendige eller styrt av veilederen. Når veilederne er et tverrprofesjonelt praksisfelleskap, fremmer dette praksis der studenter er deltakere og inkludert i kompetansesystemet. Veilederne former et felles interessefelt for studenters læring og åpner for deltakelse i felles meningsdannelse og praksis. Et trygt læringsmiljø gjør at studenter tør og kan være deltaker, og at veiledere kan la studenter ta oppgaver.

Veiledernes tverrprofesjonelle praksisfelleskap gir dem nødvendig støtte for å balansere styring av og selvstendighet for studentene. Det vil si at veiledning av studenter blir en del av postens virksomhet, praksis og kompetanse, og ikke overlatt til den enkelte profesjon og

veileder. Dette skal ikke tolkes som argument for at veileder og studenter kan tilhøre ulike profesjoner. Utforskning om profesjonsvise praksisstudier løfter frem betydningen som dialog med, spørsmål og tilbakemelding fra profesjonens veileder, har for læring (for ergoterapeut Rodger et al. 2011, for fysioterapeut Lindquist et al. 2010; Vågstøl & Skøien 2011, for leger Parsell & Bligh 2001; Stern & Papadakis 2006; Young et al 2009, og for sykepleier Benner et al. 2010; Henriksen 2010; Solvoll & Heggen 2010). Studenter fokus er ikke å lære generelle oppgaver, og de er avhengige av veiledning fra en som kjenner profesjonens arbeids- og kunnskapsfelt. Forskning om tverrprofesjonelle praksisstudier fra utdanningers treningsposter peker også i denne retning (Fallsberg & Hammer 2000; Jacobsen et al. 2010; Ponzer et al. 2004; Reeves et al. 2002). Mine analyser viser betydningen av at studenter er med å fastsette og løse reelle problem utfra profesjonens perspektiv. Det betyr at fokus er å bruke og utvikle kunnskaper. Studenter deltakerposisjon er nært knyttet til at de kan gjøre hverdagspråk til fagspråk og gjøre profesjonens bidrag meningsfylt i andres praksis. Veiledere trenger å kjenne og kunne veilede både i profesjonens og stedets praksis for skriftlig og muntlig tingliggjøring. En avgjørende faktor i studenters læring ved arbeidssteder er at de får delta og får støtte (Billett 2001). Praksisveilederes tverrprofesjonelle fellesskap kan åpne for at veiledere utvikler felles kompetanse knyttet til å tilrettelegge for deltakelse og læring i lokal praksis.

Veiledernes tverrprofesjonelle praksisfellesskap har stor innvirkning på retningen for studentenes deltakerbaner og studentenes utvikling av gjensidig engasjement og ansvarlighet. En sentral aktør i dette fellesskapet er postens leger og særlig overlegene. Ved praksisstedene var det stadige legeskifter som følge av måten sykehusene organiserte legers arbeid. Dette gir utfordringer for å forme enhetlige pasientforløp, og også for veiledning av studenter og veiledernes praksisfellesskap. I sykehus har legens medisinske kunnskaper betydning i andre profesjoners arbeid. Men leger trenger også å forstå om og hvordan deres bidrag betyr noe i andre profesjoners praksis, og hva andres kunnskaper betyr i legens arbeid. For eksempel får utforming av felles interessefelt ved Studenttett post dette frem. Tverrprofesjonelle kompetanseområder kan vi se som resultat av ansattes læring ved å delta i felles praksis. Er tverrprofesjonalitet et mål for praksisstudiet, trenger veiledere å være et tverrprofesjonelt fellesskap der felles virksomhet og utviklingsfelt er studenters deltakelse og læring. Dette krever at organisatoriske strukturer gjør dette mulig, hvilket ligger utenfor mitt prosjekt. Flere spørsmål er fortsatt uavklarte rundt utdanningenes og helsetjenestens ansvar og samarbeid om praksisstudier (Kårstein & Caspersen 2014).

8.2.1.2 Innhold i og organisering av praksisstudier

Utdanningsinstitusjoner kan sammen med praksissteder bruke analyser fra avhandlingen for å utvikle tverrprofesjonelle læringsmiljø ved tradisjonelle praksissteder. Grunnleggende forutsetninger er pasientsikkerhet og at studenters oppgaver inngår i profesjonens arbeid ved praksisstedet. Dette siste forutsetter at bidrag fra flere profesjoner er nødvendig for å løse pasientenes problem, og at innsats ikke må skje raskt som ved akutt-/intensivposter. En annen faktor er om praksisperiodenes varighet gjør det mulig å utvikle forbindelser og fellesskap over profesjongrensene (Thistlewaite et al. 2013). Min studie bygger videre på forskning om tverrprofesjonelle praksisstudier som jeg presenterte i kapittel 1.1., og mine analyser går i samme retning. Tilgrensende forskning om profesjonsvise praksisstudier løfter frem flere liknende trekk. Andre som har studert profesjonsvise praksisstudier, finner at det er positivt for studenters læring at de opplever å delta i profesjonens fellesskap (Benner et al 2010; Heggen 1995; Rotert 2006; Skøien et al. 2009; Wichmann-Hansen 2004). Flere viser til verdien som profesjonens studentfellesskap har for læring (Jensen 2006; Larsen 2000; Rodger et al. 2011; Skøien et al. 2009). Nielsen og Kvale (2003) viser på sin side til at studenter hjelper hverandre så deres mulige svakheter og manglende kunnskap ikke avdekkes.

Selv om logistikken skaper utfordringer, kan det la seg gjøre å få på plass en praksisperiode mot slutten av utdanningen, der studenter fra flere og aktuelle profesjoner følger/får ansvar for felles pasienter. Det vil kreve vilje og samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene. En forutsetning, som ikke denne avhandling tar opp, er at dette blir forankret på institusjonsnivå og ikke avhenger av enkelte ildsjeler. Det er nødvendig å kartlegge og på sikt samordne årskullene som utdanningene har ved de aktuelle praksisstedene i studieåret. Veilederne fra de involverte profesjonene kan sammen tilrettelegge for at studenter fra relevante profesjoner har felles pasienter og faste møtepunkt. Det store antall sykepleierstudenter kan gjøre at noen av dem i hovedsak har felles pasienter med ansatte i andre profesjoner. Dette krever bevissthet hos de involverte på asymmetrien i dette forholdet. Analysene fra Studenttett post gir eksempler på dette. Der hadde legene og studenter fra fire andre profesjoner felles pasienter. En utfordring er knyttet til legestudenters praksisperioder i siste studieår. En utfordring kan være at de opplever press om at de kan være selvstendige (Bleakley 2006; Lempp & Seale 2004; Kennedy et al. 2009). Det er verd å undersøke i deres lange praksisperiode i nest siste studieår er en mulighet. I legers læring er det fruktbart å følge sykdoms- og behandlingsforløp ved generelle poster (Akre & Ludvigsen 1997,1998). Derfor kan kommunehelsetjenesten

være en aktuell og interessant arena selv om mitt forskningsbidrag er knyttet til spesialisthelsetjenesten. Et annet forhold som taler for å utvikle tverrprofesjonelle læringsmiljø i kommunehelsetjenesten er Samhandlingsreformen. En følge av Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-09) 2009) er at pasienter nå er innlagt kort tid i spesialisthelsetjenesten. Uavhengig av profesjon har varighet av praksisperioden betydning når studenter skal delta og lære i lokal tverrprofesjonell praksis og fellesskap.

Kunnskapstilfanget er i en rivende utvikling, og profesjonelle forventes å ha oppdaterte kunnskaper i fagfeltet. Jeg har løftet frem at når lokal virksomhet skal nå hensikten, kan det være nødvendig å bruke kunnskaper på tvers av profesjonene. Da vil profesjonalitet også innebære at utøvere kan omforme kunnskap så denne gir mening for andre profesjoner også. Jeg fant forskjeller i hvordan stedene la til rette for studenters deltakerbaner i profesjonen og i stedets praksis og fellesskap. En kan spørre om studenter kan nå utdanningens læringsmål ved å ha felles pasienter. Det vil si at deres pasienter og oppgaver i mindre grad blir valgt ut fra et spesialist- og profesjonsperspektiv. Men det kan også reises spørsmål om studenter utvikler profesjonalitet ved kun å ha og ta utvalgte oppgaver. Igjen henger dette sammen med om studenters læring tilhører praksisstedets praksis eller bare profesjonen. Det er aktuelt å vurdere om utdanningenes læringsutbytter dekker kvalifisering i tverrprofesjonell praksis. Jeg argumenterer ikke for å redusere læring i profesjonens kjernekunnskaper, og presiserer at studentene er med i profesjonens oppgaver. Jeg peker på betydningen av at studenter forstår og setter profesjonens kunnskapsfelt i en tverrprofesjonell sammenheng. Analysene viser at møte med andre profesjoners praksis stimulerer studentene til å sette seg inn i tilgrensende kunnskapsfelt og gå i dybden i profesjonens kunnskapsfelt. Andre profesjoners perspektiv endret måten som de forstod pasienters situasjon og sin profesjonalitet. Det er et poeng at praksisstedet tilrettelegger for at studenter fra de relevante profesjoner har felles pasienter. De blir da deltakere i vurdering av problem og tiltak i det som er profesjoners kjerneaktivitet (Abbott 1988). Det å utforme av felles interessefelt og bruke felles redskaper fremmer utvikling av gjensidig engasjement og ansvarlighet (Wenger 1998/2004) hos studenter.

På bakgrunn av analysene har jeg argumentert for at tverrprofesjonalitet handler om å danne og bruke forbindelser mellom profesjonene. Tverrprofesjonalitet kan gjøre praksis effektiv slik at felles meningsdannelse skjer som innordning. Det vil si at de tingliggjorte forbindelsene mellom profesjonene dominerer i daglig praksis. Dette skaper utfordringer for

studenters deltakelse og deres bruk og utvikling av forbindelser over profesjongrensene. Deltakerforbindelser er sentrale i studentenes læring og deres forståelse av tverrprofesjonell praksis. Men de skal også lære å bruke de tingliggjorte forbindelsene. Det blir nødvendig for klinikerne og særlig veilederne å være bevisste på at kunnskaper ikke alltid lar seg overføre mellom praksiser, og særlig gjelder dette for studentene. Dette vil bety at veilederne sammen med ansatte må finne frem til hvordan lokal praksis kan tilrettelegge for deltakerforbindelser. Det er utilstrekkelig at studenter er observatører til ansattes tverrprofesjonelle samhandling og praksis. De trenger mulighet til og anerkjennelse for å delta i felles meningsdannelse om pasientforløp. Ved praksissteder der studenter deltar i tverrprofesjonell virksomhet, er det nødvendig å få frem bakenforliggende handlingsgrunnlag. Studentenes oppfatning av postens praksis som fler- eller tverrprofesjonell er knyttet til hvordan møtepraksis åpnet for at vurderingsgrunnlaget for utfyllingen av skjemaene kom frem. Dette indikerer at det må brukes noe mer tid til felles meningsdannelse og diskusjon i tverrfaglige fora hvis studenter skal delta i tverrprofesjonell virksomhet. Det handler om å lære hvem som kan hva, hvem som trenger å vite hva, hvorfor og hvordan dette kan deles. Studenter kan bidra i virksomhetens produksjon når de former tverrprofesjonelle praksisfellesskap. For praksisstedet innebærer dette å legge til rette for at studenter engasjerer seg både i hverandres pasientarbeid og læring. Hva som er hensiktsmessig ved hvert praksissted vil variere, men i avhandlingen er det eksempler som kan gi ideer til tverrprofesjonelle studentfora og møter.

Lave og Wenger (1991/2003) vektlegger at fullverdige deltakere må beherske språket. Når studenter skal delta i praksissteders virksomhet og praksis, er det interessant og relevant å trekke inn hvordan muntlig og skriftlig tingliggjøring samspiller og påvirker hverandre. Ved Studenttett post brukte studentene fagspråk og teoretiske kunnskaper for å posisjonere seg som deltakere i tverrprofesjonell praksis. Legestudentene og Liens studenter styrket sin studentposisjon overfor profesjonens veileder og klinikere ved å bruke profesjonens språk og kunnskap. Å lese og skrive i elektronisk pasientjournal (EPJ) var sentralt i studentenes deltakelse og læring. Bruk av EPJ passer med deres forestilling om å være profesjonell. Via EPJ deltok studentene i Liens tverrprofesjonelle praksis. Et poeng her er at i EPJ ble det brukt et ganske profesjonsnøytralt språk. EPJ er en ressurs når studenter skal forstå andres handlingsgrunnlag og delta i tverrprofesjonell praksis. Ved å bruke profesjonens språk, deltar studentene i profesjonens praksis. Med tanke på å tilrettelegge for studenters deltakelse og læring er derfor praksisstedets bruk av fagspråk en viktig faktor. Når felles meningsdannelse

skjer via tingliggjorte forbindelser eller som innordning, hemmer det profesjonsspesifikke språket studentene fra å lære å krysse profesjongrensene. For å bruke og skape forbindelser mellom profesjonenes praksis, er studenter avhengige av at kunnskaper blir oversatt og omformet, som når profesjonelle utvikler tverrprofesjonelle kompetanseområder. Et tverrprofesjonelt studentfelleskap hjelper studenter til å gripe hva andres kunnskaper om felles pasienter betyr i deres praksis. De lærer å sette ord på sin praksis og kunnskaper slik at det gir mening i andres praksis. Det vil si at de bidrar til hverandres utvikling av kunnskaper og meningsfulle sammenhenger over profesjongrensene. Analysene gir grunn til å hevde at dette åpner for at studenter blir deltakere i tverrprofesjonell praksis og bidrar i virksomheten.

8.2.2 Bidrag til praksisfeltet

Mitt hovedfokus er studentenes deltakelse og læring ved praksisstedene, men utforskningen har også gitt innsikt i praksis ved postene som kan ha implikasjoner for praksisfeltet. Praksis som fremmer enhetlige pasientforløp når flere profesjoner er involvert, forutsetter tillit til hverandres handling, kunnskaper og ansvarlighet (Grimen 2008b). For å møte forventninger om enhetlige pasientforløp og samtidig krav om effektivitet, gir analysene grunn til å hevde at aktørene trenger mulighet til å utvikle tverrprofesjonelle kompetanseområder lokalt. I praksisfeltet kan det derfor være fruktbart å rette søkelyset mot praktiske kunnskaper og synteser. Det vil si å sette grensekryssing på agendaen for at deltakerne kan danne meningsfylte forbindelser og felles handlingsgrunnlag. Prosessen kan bidra til utvikling av gjensidig tillit, engasjement og ansvarlighet. En utfordring i praksisfeltet er den stadige utskifting av medarbeidere. Dette fordrer at fellesskapet må åpne for at nyankomne, som studenter, får rom til og anerkjennelse for å bidra med sin erfaring og praksis. Det vil si at felles kompetanse kan endres når andre kunnskapselementer bringes inn, og som også kan påvirke kompetansesystemet.

Analysene illustrerer hvordan profesjonelle styrker sitt handlingsgrunnlag ved å forbinde kunnskaper over og ikke kun innen profesjongrensene. Når dette skjer som effektiv innordning, kommer ikke uklarhet og det underforståtte frem. Det er derfor nødvendig å være oppmerksom på at denne form for meningsdannelse ikke alltid vil redusere usikkerheten i profesjonell vurdering. Også bruk av felles redskap for å kategorisere og standardisere problem, vurdering og tiltak kan gjøre at det blir lite diskusjon om og synliggjøring av vurderingsgrunnlaget. Tingliggjorte forbindelser åpner for flere tolkningsmuligheter (Wenger

1998:/2004:76-). Når daglig praksis er dominert av tingliggjorte forbindelser, trenger deltakerne å være årvåkne for at manglende meningsforhandling kan tildekke forskjeller i deres forståelse. Deltakerforbindelser er også nødvendige for å skape felles forståelse ved stor turnover blant aktørene, slik analysene fra Lien viser. Når det kommer nyansatte og studenter, kan dette være en gylden anledning til å få frem det implisitte i vurderingsgrunnlaget.

Videre er det i praksisfeltet grunn til å være spørrende til hvordan deres felles redskap over tid fungerer som grenseobjekt. Et eksempel er vurderingsskjema for pasientens funksjon, som delte opp pasientens problem, og som over tid gjorde at deltakerne kun var med å vurdere enkelte punkter. Slike modulariserende grenseobjekt bidrar til en funksjonsdelt praksis der hver profesjon avgrensner sine oppgaver og ansvar. Dette kan støtte en fragmentert forståelse av pasientens situasjon og hva god praksis er. Et annet spørsmål knyttet til grenseobjekt rundt felles planer, er om de fungerer som felles ramme for pasientbehandlingen, åpner for stor/liten tilpasning og meningsdannelse for den enkelte profesjonelle eller profesjon. Med andre ord kan praksisfeltet med jevne mellomrom spørre om felles redskap gir deltakerne tilstrekkelig innsikt i hverandres aktiviteter, vurderinger og kunnskaper. Det vil si om redskapene er reelle grenseobjekt som fungerer samlende og bidrar til å skape felles handlingsgrunnlag. De fire dimensjoner ved grenseobjekt (Star & Griesemer 1989; Star 1989b) er begrep som kan brukes i praksisfeltet for å skape distanse og kritisk refleksjon om hvordan felles redskap påvirker forståelse av pasientens problem, lokal praksis og tverrprofesjonalitet.

Analysene får frem at det er tverrprofesjonelle kompetanseområder som gjør at tingliggjorte forbindelser kan dominere daglig praksis. Handling og vurdering kan fremstå som endelige, entydige og sikre i skriftlig form. Dette fremmer ikke meningsforhandling. Utvikling og kreativitet henger sammen med at uklarhet, usikkerhet og ulike perspektiv kommer frem. Avhandlingen kan derfor også trekkes inn i diskusjon om standardisering i elektronisk pasientjournal (EPJ) og dokumentasjon. Det er ingen tvil om at skriftlig materiale er nødvendig for å formidle og forbinde både informasjon, kunnskaper og oppgaver innen og mellom profesjoner. EPJ kan støtte tverrprofesjonell praksis, men kombinasjonen av skriftlighet og lite diskusjon kan tilsløre usikkerhet og uklarhet. Det er nødvendig å fortsette arbeidet med å finne en form der skriftlig materiale er så presist at pasientsikkerheten blir ivaretatt, samtidig som innholdet gir mening i flere profesjoners praksis. Ulike typer nivå, virksomhet og formål gjør at det antakelig er behov for flere varianter.

8.3 Områder for videre forskning

Avhandlingen viser hvordan studentene fra fire profesjoner kan bidra i hverandres læring i praksisstudiet. Et nylig publisert Cochrane review viser at forskningen i liten grad har besvart hva tverrprofesjonell utdanning betyr i fremtidige tverrprofesjonelt arbeid (Reeves, Perrier, Goldman, Treeth & Zwarenstein 2013). Dette krever forskningsdesign der en følger studenter i praksisstudiet og videre i deres praksis som profesjonelle. Her er det mulig med komparative studier mellom utdanningsinstitusjoner som har ulike modeller for praksisstudiene. Det pågår et pilotprosjekt ved Tromsø Universitet¹²⁸ knyttet til tverrprofesjonelle praksisstudier. I Norge foreligger ikke resultat fra større prosjekt om tverrprofesjonell praksis i utdanningene (Bjørke 2012; Kårstein & Caspersen 2014). Tverrprofesjonell praksis i legestudiet er et interessant spørsmål og er knyttet til forståelse av legers profesjonalitet. I sitt fremtidige arbeid vil legestudenter møte forventninger og politiske føringer om at de bidrar med medisinsk kunnskap og deltar i tverrprofesjonell praksis for å forme enhetlige pasientforløp. Det kan være forskjeller relatert til om profesjonsutdanningene er ved samme eller ulike institusjoner.

Et spørsmål som jeg ikke har behandlet, er hva tverrprofesjonalitet betyr for pasienter. Her er det et kunnskapshull. Et spørsmål er hvordan brukere av helsetjenester og profesjonelle bidrar i hverandres læring og utvikling av felles kompetanseområder. Videre hvordan brukere påvirker hvilke kunnskaper som blir gjort relevante og forbundet i profesjonelles praksis. Mellom pasienter og profesjoner er det aktuelt å utforske hvordan deltaker og tingliggjorte forbindelser utvikles og brukes. Felles interessefelt, meningsforhandling, innordning og grenseobjekt brukt som analytiske begrep, kan få frem hva samhandling og bruk av redskap for å kategorisere problem og vurdere tiltak, betyr for pasienter. For å utforske pasientforløp av lengre varighet der mange er involvert, kan deltakerbaner være en analytisk inngang. Både for pasienten og profesjonelle kan deltakerbaner gi innsikt om posisjon og retning i fellesskap.

Et aktuelt område å utforske er hvilke tverrprofesjonelle kompetanseområder som profesjonelle utvikler og hvordan i ulike typer virksomhet. Det vil si hvordan profesjonelle danner og bruker tverrprofesjonelle forbindelser i sitt arbeid og utvikling. Avhandlingen viser betydningen av å utforske felles handlingsgrunnlag og ikke bare daglig praksis. En mulig analytisk ramme er praksisfellesskap (Wenger 1998). I sosial læringsteori er det flere dimensjoner enn de som jeg har vektlagt. Deltaker og tingliggjorte forbindelser samt

¹²⁸ http://uit.no/prosjekter/prosjekt?p_document_id=349592

grenseobjekt, er analytiske redskap som kan utvikles videre for å få kunnskaper om og hvordan profesjongrenser er utviklingsflater og ikke bare skillelinjer. Videre blir da et spørsmål om dette endrer profesjonelles forståelse av hva profesjonalitet og god praksis er.

Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abbott, A. (2010). Varieties of Ignorance. *American Sociologist*, 41(2), 174-189.
- Ahrne, G., & Hedström, P. (1999). *Organisationer och samhälle: analytiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Akkerman, S.F. & Bakker, A. (2001) Boundary Crossing and Boundary Objects. *Review of Educational Research*, 81(2), 132-169
- Akre, V. (2003). *Learning medical practice*. (Doktoravhandling). Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo. Oslo: Unipub
- Akre, V., & Ludvigsen, S. R. (1997). Hvordan læres medisinsk praksis? En kvalitativ studie av legers oppfatning av egne læringsprosesser. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*. 117(19), 2757-2761
- Akre, V., & Ludvigsen, S. R. (1998). Profesjonslæring og kollektiv kunnskap. Læringsmiljø i to norske sykehus. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening: Tidsskrift For Praktisk Medicin, Ny Række*, 118(1), 48-52
- Album, D. (1996). *Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus*. Oslo: TANO
- Album, D. (2013). Uformell prioritering i sykehus: nye subprofesjoners betydning. In A. Molander & J.-C. Smeby (Eds.), *Profesjonsstudier*, 2 (pp 122-129). Oslo: Universitetsforlaget
- Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 498-520
- Allen, D. (2001). *The changing shape of nursing practice: the role of nursing in the hospital division of labour*. London: Routledge
- Almås, S. H. (2007). *Interprofessional education: an analysis of the introduction of a common core in curricula for selected health professions*. (Doktoravhandling). Medisinsk Fakultet, University of Bergen. Bergen.
- Almås, S. H., Bjørke, G., Nilsen, S. R., & Luteberget, L. (2010). *Samarbeidslæring og ferjesamband: kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid ved høgskolene på Nord-Vestlandet : delrapport V - CAB-prosjektet* (HiO-rapport 7/2010). Oslo: Høgskolen i Oslo
- Alve, G. (2006). *Terapeutrollen i samhandling: en studie av ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte medpasienter*. (Doktoravhandling) Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo. Oslo: Unipub
- Areskog, N.-H. (1994). Multiprofessional education at the undergraduate level - the Linköping model. *Journal of Interprofessional Care*, 8, 279-282
- Areskog, N.-H. (2009). Undergraduate interprofessional education at the Linköping Faculty of Health Sciences - How it all started. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 442-447
- Ashcroft, J., & Meads, G. (2005). *The Case for interprofessional collaboration: in health and social care*. Oxford: Blackwell
- Atkinson, P. (1988). Discourse, Descriptions and Diagnoses: Reproducing Normal Medicine. In M. M. Lock & D. R. Gordon (Eds.), *Biomedicine Examined* (pp 179-204). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers
- Atkinson, P. (1995). *Medical talk and medical work: the liturgy of the clinic*. London: Sage
- Atkinson, P., & Coffey, A. (2003). Revisiting the relationship between participant observation and interviewing. In J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *Postmodern interviewing* (pp. 109-122). Thousand Oaks: Sage Publications

- Atkinson, P., & Coffey, A. (2004). Analysing documentary realities. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research: theory, method and practice* (pp. 56-75.). London: Sage
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 360-367
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2005). Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 268-273
- Atwal, A., Tattersall, K., Caldwell, K., & Craik, C. (2006). Multidisciplinary perceptions of the role of nurses and healthcare assistants in rehabilitation of older adults in acute health care. *Journal of Clinical Nursing*, 15(11), 1418-1425
- Baker, R., & Hinton, R. (1999). Do focus groups facilitate meaningful participation in social research? In R. S. Barbour & J. Kitzinger (Eds.), *Developing focus group research: politics, theory and practice*. (pp. 79-98). London: Sage Publications
- Baker, D., Gustafson, F., Beaubien, J., Salas, E. & Barach, P (2005). Medical Teamwork and Patient Safty. Rockville: Agency for Healthcare and Research and Quality. Rockville
- Barbour, R. S., & Kitzinger, J. (1999). *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London: Sage Publications
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence*. Oxford: Blackwell Publications
- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., & Strauss, A. L. (1961). *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago: Chicago University Press
- Bell, K., Boshuizen, H. P. A., Scherpbier, A., & Dornan, T. (2009). When only the real thing will do: junior medical students' learning from real patients. *Medical Education*, 43(11), 1036-1043
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010) *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer*. Oslo: Akribe AS
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health & Illness*, 18(4), 499-524
- Berg, M. (1997). *Rationalizing medical work: decision-support techniques and medical practices*. Cambridge, Mass.: MIT Press
- Berg, M. (1999a). Accumulating and Coordinating: Occasions for Information Technologies in Medical Work. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 8(4), 373-401
- Berg, M. (1999b). Rationalizing Medical Work: Decision-Support Techniques and Medical Practices. *Technology and Culture*, 40(3), 719-720
- Berg, M., & Bowker, G. (1997). The Multiple Bodies of the Medical Record: Towards a Sociology of an Artifact. *Sociological Quarterly*, 38(3), 513-537
- Billett, S. (2001) Learning through Work: Workplace Affordances and Individual Engagement. *Journal of Workplace Learning*, 33(5), 209-14
- Billett, S. (2010). The Practices of Learning through Occupations. In S. Billett (Ed.), *Learning through practice: models, traditions, orientations and approaches* (pp. 59-81). Dordrecht: Springer
- Billett, S., & Henderson, A. (2011). *Developing learning professionals : integrating experiences in university and practice settings*. Dordrecht: Springer
- Bjørke, G. (2009). *Samarbeid på tvers av profesjongrensar: kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og sosialektoren : CAB-prosjektet - delrapport (HiO-rapport 1/2009)* Oslo: Høgskolen i Oslo.

- Bjørke, G., Englund, A., & Almås, S. H. (2009). *Felles interessefelt og kulturelle særpreg: kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid ved Høgskolen i Oslo : delrapport III : CAB-prosjektet* (HiO-rapport 19/2009) Oslo: Høgskolen i Oslo
- Bjørke, G. (ed) (2012) *Kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og sosialsektoren: slutt rapport - CAB-prosjektet - Collaboration Across professional Boundaries*. (HiOA-småskrift serie 3/2012) Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
- Bjørke, G., & Haavie, N. E. (2004). *Samarbeid og fellesskap: de tre første årene med VEKS - generell del av helsefagutdanningene - en felles studieenhet for åtte ulike helsefagutdanninger ved avdeling for helsefag, Høgskolen i Oslo 1999-2002*. (HiO-rapport (1/2004). Oslo: Høgskolen i Oslo
- Bleakley, A. (2006). Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. *Medical Education*, 40(2), 150-157
- Bleakley, A., & Bligh, J. (2008). Students learning from patients: let's get real in medical education. *Advances In Health Sciences Education: Theory And Practice*, 13(1), 89-107
- Bligh, J., & Parsell, G. (1999). Multiprofessional working: learning from experience. *Medical Education*, 33(9), 632-633
- Booth, J., Davidson, I., Winstanley, J., & Waters, K. R. (2001). Observing washing and dressing of stroke patients: nursing intervention compared with occupational therapists. What is the difference? *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 98-105
- Booth, J., & Hewison, A. (2002). Role overlap between occupational therapy and physiotherapy during in-patient stroke rehabilitation: an exploratory study. *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), 31-40.
- Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J., Brandt, E., & Madsen, A. J. (2007). *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. København: Munksgaard
- Bowker, G. C., & Star, S. L. (1999). *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge, Mass.: MIT Press
- Brante, T. (2013). The Professional Landscape: The Historical Development of Professions in Sweden. *Professions and Professionalism*, 3(2). doi: <http://dx.doi.org/10.7577/pp558>
- Brennan, N., Corrigan, O., Allard, J., Archer, J., Barnes, R., Bleakley, A., Collett, T., de Bere, S.R. (2010). The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of Tomorrow's Doctors. *Medical Education*, 44(5), 449-458
- Briggs, C. L. (2003). Interviewing, Power/Knowledge, and Social Inequality. In J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *Postmodern interviewing* (pp. 243-254). Thousand Oaks: Sage Publications
- Brodal, P. (2007). *Sentralnervesystemet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Brown, J. S., Collins, A., & Duguid, P. (1989). Situated Cognition and the Culture of Learning. *Educational Researcher*, 18(1), 32-42
- Carlile, P. R. (2002). A Pragmatic View of Knowledge and Boundaries: Boundary Objects in New Product Development. *Organization Science*, 13(4), 442-455
- Carlile, P. R. (2004). Transferring, Translating, and Transforming: An Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries. *Organization Science*, 15(5), 555-568
- Carlsen, N. C., & Grannes, O. J. G. (2012). Elektronisk samhandling for fysioterapeuter, manuellterapeuter og kiropraktorer: Helsedirektoratet
- Carpenter, J. (1995). Doctors and nurses: stereotypes and stereotype change in interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 9(2), 151-161
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) Interprofessional Education: a Definition. *Bullitin no 13*, London
- Christensen, T. (2009). *Bringing the GP to the forefront of EHR development*. (Doktorgrad, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet) Trondheim

- Christensen, T., & Grimsmo, A. (2005). Development of functional requirements for electronic health communication: preliminary results from the ELIN project. *Informatics in Primary Care, 13*(3), 203-208.
- Christiansen, B. (2003). *Sykepleieryrket - i spenningsfeltet mellom rolle og person: en analyse av fire sykepleierstudenters læringsløp*. (Doktorgrad) Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo. Oslo: Unipub
- Clark, P. G. (2006). What would a theory of interprofessional education look like? Some suggestions for developing a theoretical framework for teamwork training. *Journal of Interprofessional Care, 20*(6), 577-589.
- Clarke, C.; Martin, M., Sadlo, G. & de-Visser, R. (2014) The development of an authentic professional identity on role-emerging placements. *British Journal of Occupational Therapy, 77*(5), 222-229
- Conn, L. G., Lingard, L., Reeves, S., Miller, K.-L., Russell, A., & Zwarenstein, M. (2009). Communication channels in general internal medicine: a description of baseline patterns for improved interprofessional collaboration. *Qualitative Health Research, 19*(7), 943-953.
- Coombs, M., & Ersser, S. J. (2004). Medical hegemony in decision-making -- a barrier to interdisciplinary working in intensive care? *Journal of Advanced Nursing, 46*(3), 245-252.
- Cooper, H., Carlisle, C., Gibbs, T., & Watkins, C. (2001). Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 35*(2), 228-237.
- Cope, P., Cuthbertson, P., & Stoddart, B. (2000). Situated learning in the practice placement. *Journal of Advanced Nursing, 31*(4), 850-856.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin-Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, May Supplement 1*, 116 – 131.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care, 19*(2), 8-20.
- Dale, J. G., Angemo, L. M., Dale, C., Mjøsund, N. H. M., Storteig, M. S., & Bach, G. (2003). Veileder for elektronisk dokumentasjon for sykepleie. *Informasjonsteknologi for et bedre helsevesen*.
- Dalley, J., & Sim, J. (2001). Nurses' perceptions of physiotherapists as rehabilitation team members. *Clinical Rehabilitation, 15*(4), 380-389.
- Davies, B. (2005). Communities of practice: Legitimacy not choice. *Journal of Sociolinguistics, 9*(4), 557-581.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). *The Landscape of qualitative research: theories and issues*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Dewey, J. (2005). *Demokrati og uddannelse*. Århus: Forlaget Klim.
- Dornan, T., Arno, M., Hadfield, J., Scherpbier, A. & Boshuizen, H. (2006) Student evaluation of the clinical 'curriculum in action'. *Medical Education 40*(7), 667-674.
- Dornan, T., Hadfield, J., Brown, M., Boshuizen, H., & Scherpbier, A. (2005). How can medical students learn in a self-directed way in the clinical environment? Design-based research. *Medical Education, 39*(4), 356-364.
- Dreier, O. (1999). Læring som endring av personlig deltakelse i sosial kontekster. In S. Kvale & K. Nielsen (Eds.), *Mesterlære: læring som sosial praksis* (pp. 70- 88). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Drew, P., & Heritage, J. (1992). *Talk at work: interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E., & Athanasiou, T. (1988). *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.
- Dysthe, O. (2001) *Dialog, samspel og læring*. Oslo Abstrakt forlag as
- Dæhlen, M. & Havnes, A. (2003) Å studere eller gå på skole? Studiestrategier i høgskoleutdanningene. I: Aamodt, P.O. & Terum, L.I. (eds.). *Hvordan, hvor mye og hvorfor studerer studentene? Omlæringsmiljø, jobbpreferanser og forståelse av kompetanse i profesjonsutdanningene*. (HiO-rapport 2003/ 8) Oslo: Høgskolen i Oslo
- Eckert, P., & Wenger, E. (2005). Communities of practice in sociolinguistics. *Journal of Sociolinguistics*, 9(4), 582-589.
- Edwards, A. (2005a). Let's get beyond community and practice: the many meanings of learning by participating. *Curriculum Journal*, 16(1), 49-65.
- Edwards, A. (2005b). Relational agency: Learning to be a resourceful practitioner. *International Journal of Educational Research*, 43(3), 168-182.
- Edwards, A. (2010). *Being an Expert Professional Practitioner: The Relational Turn in Expertise*. Dordrecht: Springer Science+Business Media B.V.
- Edwards, A., Daniels, H., Gallanher, T., Leadbetter, J., & Warmington, P. (2009). *Improving inter-professional collaborations: multiagency working for children's wellbeing*. London: Routledge.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (1995). *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Engesmo, J., & Tjora, A. H. (2006). Documenting for whom? A symbolic interactionist analysis of technologically induced changes of nursing handovers. *New Technology, Work & Employment*, 21(2), 176-189. doi: 10.1111/j.1468-005X.2006.00171.x
- Engeström, Y., Punamäki-Gitai, R.-L., & Miettinen, R. (1999). *Perspectives on activity theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Engeström, Y., & Tuomi-Gröhn, T. (2003). *Between school and work: new perspectives on transfer and boundary-crossing*. Amsterdam: Pergamon.
- Engstad, T., Matti, V., & Almkvist, O. (2007). Kognitiv svikt etter hjerneslag diagnostikk og håndtering. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 127(10), 1390-1393.
- Eraut, M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. London: Falmer Press.
- Eraut, M. (2004a). Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, 26(2), 247-273.
- Eraut, M. (2004b). Sharing practice: problems and possibilities. *Learning in Health and social Care*, 3(4), 171-178.
- Eraut, M. (2004c). Transfer of knowledge between education and workplace settings. In H. Rainbird, A. Fuller & A. Munro (Eds.), *Workplace Learning in Context*. London: Routledge.
- Eraut, M. (2010). Knowledge, Working Practices, and Learning. In S. Billett (Ed.), *Learning through practice: models, traditions, orientations and approaches* (pp. 37-58). Dordrecht: Springer.
- Etzioni, A. (1969). *The Semi-professions and their organization: teachers, nurses, social workers*. New York: The Free Press.
- Evetts, J. (2003a). The construction of professionalism in new and existing occupational context: Promoting and facilitating occupational change. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(4/5), 22-35.
- Evetts, J. (2003b). The Sociological Analysis of Professionalism. *International Sociology*, 18(2), 395-415.

- Evetts, J. (2010). Reconnecting Professional Occupations with Professional Organizations: risks and opportunities. In L. Svensson & J. Evetts (Eds.), *Sociology of professions: continental and Anglo-Saxon traditions* (pp. 123-144). Göteborg: Daidalos.
- Fallsberg, M. B., & Hammar, M. (2000). Strategies and focus at an integrated, interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 14(4), 337-350.
- Fallsberg, M. B., & Wijma, K. (1999). Student attitudes towards the goal of an interprofessional training ward. *Medical Teacher*, 21, 576-581.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fauske, H., Kollstad, M., Nilsen, S., Nygren, P., & Skårderud, F. (2006). *Utakter: om helse- og sosialfaglig kompetanse i utdanning og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Finjord, T. (2011). Sekretæroppgavene flyttes til legene - med ny elektronisk pasientjournal. *Overlegen* (3), 14-15.
- Finlay, L. (2000). The OT role: meanings and motives in an uncertain world. *British Journal of Therapy & Rehabilitation*, 7(3), 124.
- Finlay, L. (2001). Holism in occupational therapy: elusive fiction an ambivalent struggle. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 268-276.
- Finlay, L. (2005). Continuing professional development. Powerful relationships. *Nursing Management - UK*, 12(2), 32-35.
- Fors, E. A. (2012). *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforlaget
- Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, I., & Barr, H. (2005). *Effective interprofessional education*. Oxford: Blackwell Publications.
- Freeth, D., Reeves, S., Goreham, C., Parker, P., Haynes, S., & Pearson, S. (2001). "Real life" clinical learning on an interprofessional training ward. *Nurse Education Today*, 21(5), 366-372.
- Freidson, E. (1970a). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1970b). *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York, N.Y.: Atherton Press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Fugelli, P. (2010). *Døden, skal vi danse?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures: selected essays*. New York: Basic Books.
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: strains and interests in professional ideologies of scientists *American Sociological Review*, 48(6), 781-795.
- Gieryn, T. F. (1999). *Cultural boundaries of science: credibility on the line*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gjerstad, L., Helseth, E., & Rootwelt, T. (2010). *Nevrologi og nevrokirurgi: fra barn til voksen : undersøkelse-diagnose-behandling*. Høvik: Vett og viten.
- Goldman, J., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O., & Reeves, S. (2009). Improving the clarity of the interprofessional field: Implications for research and continuing interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), 151-156.
- Greeno, J. G. (1997). On Claims That Answer the Wrong Questions. *Educational Researcher*, 26(1), 5-17.
- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. (pp. 71-86) Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008b). Profesjon og tillit. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. (pp. 197-215) Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2009) Debatten om evidensbasering - noen utfordringer. In Grimen, H. & Terum, L.I. (Eds), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (pp191-222) Oslo: Abstrakt Forlag AS

- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (1997). *The new language of qualitative method*. New York: Oxford University Press.
- Ha, L., Iversen, P. O., & Hauge, T. (2008). Ernæring til eldre etter hjerneslag. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 128(17), 1946-1950.
- Habermas, J. (1971). *Theorie und Praxis: sozialphilosophische Studien*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hager, P. (2008). Learning and metaphors. *Medical Teacher*, 30(7), 679-686.
- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 188-196.
- Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education*, 35(9), 867-875.
- Hallin, K., Kiessling, A., Waldner, A., & Henriksson, P. (2009). Active interprofessional education in a patient based setting increases perceived collaborative and professional competence. *Medical Teacher*, 31(2), 151-157.
- Hammersley, M. (2007). *Ethnography: principles in practice*. London: Routledge.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29(8), 735-751.
- Handal, G. (2002). Utdanning av medisinerere - det pedagogiske perspektivet på Oslo96. *Det Norske Lægeforening*, 122(19), 1931-1933.
- Hansson, A., Foldevi, M., & Mattsson, B. (2010). Medical students' attitudes toward collaboration between doctors and nurses – a comparison between two Swedish universities. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 242-250.
- Hatlevik, Ida Katrine Riksaasen (2014) *Meningsfulle sammenhenger. En studie av sammenhenger mellom læring på ulike arenaer og utvikling av ulike aspekter ved profesjonell kompetanse hos studenter i sykepleier-, lærer- og sosialarbeiderutdanningene*. (Doktoravhandling). Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo
- Haugen, K.H. (1997) *En utdanning i bevegelse - 100 år med fysioterapiutdanning i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget
- Haugland, E., Børke, G., Norenberg, D. L., & Nilsen, R. (2010). *Fokus på samarbeid: kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid ved Høgskolen i Bergen : delrapport IV - CAB-prosjektet (HiO-rapport 5/2010)*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Hean, S., Clark, J., Adams, K., & Humphris, D. (2006). Will opposites attract? Similarities and differences in students' perceptions of the stereotype profiles of other health and social care professional groups. *Journal of Interprofessional Care*, 20(2), 162-181.
- Hean, S., Clark, J. M., Adams, K., Humphris, D., & Lathlean, J. (2006). Being seen by others as we see ourselves: the congruence between the ingroup and outgroup perceptions of health and social care students. *Learning in Health & Social Care*, 5(1), 10-22.
- Heggen, K. (1995). *Sykehuset som "klasserom": praksisopplæring i profesjonsutdanninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heggen, K. (2008). Profesjon og identitet. In Molander, A. & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 321-332). Oslo: Universitetsforlaget.

- Heggen, K. (2010). *Kvalifisering for profesjonsutøving: sjukepleiar - lærar - sosialarbeidar*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Hellesø, N. S., & Brataas, H. V. (2012). Kvalitetsutvikling med fokus på pasientforflytning og ansattes helse. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2(3), 222-232.
- Helsedirektoratet (2010) *Nasjonale retningslinjer for hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.
Hentet fra
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/forord-og-innledning>
- Henderson, A., & Alexander, H. (2011). Maximising the Integration of Medical and Nursing Students in Clinical Learning Environments: An Australian Perspective. In S. Billett & A. Henderson (Eds.), *Developing learning professionals : integrating experiences in university and practice settings* (pp. 131-148). Dordrecht: Springer.
- Henriksen, J. (2010). *Magt, viden og sygepleie. Sygepleierstuderendes subjektiveringsprosess i to kliniske læringsarenaer*. (Doktoravhandling). Humanistiske fakultet, Avdeling for pædagogik, Københavns Universitet. København.
- Higgs, J., Smith, M., Webb, G., Skinner, M., & Croker, A. (2009). *Contexts of physiotherapy practice*. Sydney: Churchill Livingstone.
- Hilton, R., & Morris, J. (2001). Student placements - is there evidence supporting team skill development in clinical practice settings? *Journal of Interprofessional Care*, 15(2), 171-183.
- Hind, M., Norman, I., Cooper, S., Gill, E., Hilton, R., Judd, P., & Jones, S. C. (2003). Interprofessional perceptions of health care students. *Journal of Interprofessional Care*, 17(1), 21.
- Hodgetts, S., Hollis, V., Triska, O., Dennis, S., Madill, H. & Taylor, E. (2007) Occupational therapy students' and graduates' satisfaction with professional education and preparedness for practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 148-160
- Hollander, J. A. (2004). The Social Contexts of Focus Groups. *Journal of Contemporary Ethnography*, 33(5), 602-637.
- Hollander, J. A., & Gordon, H. R. (2006). The Processes of Social Construction in Talk. *Symbolic Interaction*, 29(2), 183-212.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2003). *Inside interviewing: new lenses, new concerns*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Howell, D. (2009). Occupational therapy students in the process of interprofessional collaborative learning: A grounded theory study. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 67-80.
- Hughes, E. C. (1984). *The sociological eye: selected papers*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books.
- Hugman, R. (2003). Going round in circles? In A. Leathard (Ed.), *Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care* (pp. 56-68). Hove: Brunner-Routledge.
- Hydén, L.-C., & Bülow, P. H. (2003). Who's talking: drawing conclusions from focus groups - some methodological considerations. *International Social Research Methodology*, 6(4), 305-321.
- Hygen, J., Heimly, V. H., & Landsem, R. (2009). Elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Aktører og samhandlingskjeder – status og utfordringer. In Helsedirektoratet (Ed.), (Vol. R09/09). Trondheim.
- Hylin, U., Lonka, K., & Ponzer, S. (2011). Students' approaches to learning in clinical interprofessional context. *Medical Teacher*, 33(4), e204-e210. doi: 10.3109/0142159x.2011.557410
- Hylin, U., Nyholm, H., Mattiasson, A.-C., & Ponzer, S. (2007). Interprofessional training in clinical practice on a training ward for healthcare students: A two-year follow-up.

- Journal of Interprofessional Care*, 21(3), 277-288. Illeris, K. (2003). Towards a contemporary and comprehensive theory of learning. *International Journal of Lifelong Education*, 22(4), 396-406.
- Illeris, K. (2000). *Læring*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Jacobsen, F., Fink, A. M., Marcussen, V., Larsen, K., & Bæk Hansen, T. (2009). Interprofessional undergraduate clinical learning: Results from a three year project in a Danish Interprofessional Training Unit. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 30-40.
- Jacobsen, F., Larsen, K., & Hansen, T. B. (2010). This is the closest I have come to being compared to a doctor: Views of medical students on clinical clerkship in an Interprofessional Training Unit. *Medical Teacher*, 32(9), e392-e399.
- Jacobsen, F., & Lindqvist, S. (2009). A two-week stay in an Interprofessional Training Unit changes students' attitudes to health professionals. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 242-250.
- Jensen, K. T. (2006). *Å være student i en feltbasert utdanning: en analyse av studenters fellesskap, som kontekst for læring og identitetsdannelse*. (Doktoravhandling). Det Utdanningsvitenskapelige Fakultet, Universitetet i Oslo. Oslo: Unipub.
- Jewson, N. (2007). Cultivating network analysis: rethinking the concept og 'community'. In J. Hughes, N. Jewson & L. Unwin (Eds.), *Communities of practice: critical perspectives* (pp. 55-82). London: Routledge.
- Just, E. (2005). *Viden og Læring i sundhedsfaglig praksisfællesskaber*. (Doktoravhandling). Institut for Uddannelse, læring og Filosofi, Ålborg Universitet. Ålborg.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter*. København: Reitzels Forlag.
- Kennedy, I. (2001). *The Inquiry into Management of Care of Children Receiving Complex Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary*. London: DoH.
- Kennedy, T. J. T., Regehr, G., Baker, G. R., & Lingard, L. A. (2009). 'It's a cultural expectation...' The pressure on medical trainees to work independently in clinical practice. *Medical Education*, 43(7), 645-653.
- Ker, J., Mole, L., & Bradley, P. (2003). Early introduction to interprofessional learning: a simulated ward environment. *Medical Education*, 37(3), 248-255.
- Kivle, B. M. T. (2009). *Fra student til yrkesutøver: turnuslevers erfaringer fra sykehuspraksis*. (Doktoravhandling). Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo. Oslo.
- Klette, K. & Smeby, J.-C. (2012) Professional training and knowledge sources. In Jensen, K., Lahn, L.C. & Nerland, M. (eds). *Professional learning in the knowledge society*. Rotterdam: Sense Publishers
- Kneafsey, R., & Haigh, C. (2009). Moving and handling rehabilitation patients: a survey of nurses' views... including commentaries by Menzel NV and Mitchell EA. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 16(8), 431-441.
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Krejsler, J. (2005). Professions and their Identities: How to explore professional development among (semi-)professions. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49(4), 335-357.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009a). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009b). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. Los Angeles, Calif.: Sage Publications.

- Kvarnström, S. (2011). *Collaboration in Health and Social Care: Service User Participation and Teamwork in Interprofessional Clinical Microsystems* (Doktoravhandling, Linköping University) Linköping
Hentet fra <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hj:diva-15022>
- Kvigne, K., Kirkevold, M., & Gjengedal, E. (2005). The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), 897-905.
- Kårstein, A. & Caspersen, J. (2014) *Praksis i helse- og sosialfagutdanningene. En litteraturgjennomgang*. (NIFU-rapport 16/2014) Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
- Larsen, K. (2000). *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider. Et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelsen*. (Doktoravhandling). Det Humanistiske Fakultet, Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik, Københavns Universitet. København
- Larson, M. S. (1977). *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lave, J. (1988). *Cognition in practice: mind, mathematics and culture in everyday life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lave, J. (1999). Læring, mesterlære, sosial praksis. In S. Kvale & K. Nielsen (Eds.), *Mesterlære: læring som sosial praksis* (pp. 37-50). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lave, J., & Chaiklin, S. (1993). *Understanding practice: perspectives on activity and context*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lave, J., & Wenger, E. (2003). *Situeret læring - og andre tekster*. Dansk oversettelse. København: Reitzels Forlag.
- Lavin, M. A., Ruebling, I., Banks, R., Block, L., Counte, M., Furman, G., Miller, P., Reese, C., Viehmann, V., Holt, J. (2001). Interdisciplinary Health Professional Education: A Historical Review. *Advances in Health Sciences Education*, 6(1), 25-47.
- Leathard, A. (1994). *Going inter-professional: working together for health and welfare*. London: Routledge.
- Leathard, A. (2003). *Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care*. Hove: Brunner-Routledge.
- Lempp, H. & Seale, C. (2004) The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *British Medical Journal*, 329(7469), 770-773
- Lidskog, M., Löfmark, A., & Ahlström, G. (2007). Interprofessional education on a training ward for older people: Students' conceptions of nurses, occupational therapists and social workers. *Journal of Interprofessional Care*, 21(4), 387-399
- Lidskog, M., Löfmark, A., & Ahlström, G. (2008). Learning about each other: students' conceptions before and after interprofessional education on a training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 22(5), 521-533
- Lie, I. (1996). *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og organisering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Lindquist, I., Engardt, M., Garnham, L., Poland, F., & Richardson, B. (2006). Physiotherapy students' professional identity on the edge of working life. *Medical Teacher*, 28(3), 270-276

- Lindquist, I., Engardt, M., & Richardson, B. (2010). Learning to be a physiotherapist: a metasynthesis of qualitative studies. *Physiotherapy Research International*, 15(2), 103-110
- Lindqvist, S., Duncan, A., Shepstone, L., Watts, F., & Pearce, S. (2005a). Case-based learning in cross-professional groups – the development of a pre-registration interprofessional learning programme. *Journal of Interprofessional Care*, 19(5), 509-520. doi: 10.1080/13561820500126854
- Lindqvist, S., Duncan, A., Shepstone, L., Watts, F., & Pearce, S. (2005b). Development of the 'Attitudes to Health Professionals Questionnaire' (AHPQ): A measure to assess interprofessional attitudes. *Journal of Interprofessional Care*, 19(3), 269-279
- Lingard, L., Conn, L. G., Russell, A., Reeves, S., Miller, K.-L., Kenaszchuk, C., & Zwarenstein, M. (2007). Interprofessional information work: Innovations in the use of the chart on internal medicine teams. *Journal of Interprofessional Care*, 21(6), 657-667. doi: 10.1080/13561820701731817
- Lingard, L., Espin, S., Evans, C., & Hawryluck, L. (2004). The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Critical Care*, 8(6), R403-R403
- Lingard, L., Garwood, K., Schryer, C. F., & Spafford, M. M. (2003). A certain art of uncertainty: case presentation and the development of professional identity. *Social Science & Medicine*, 56(3), 603
- Lingard, L., Whyte, S., Espin, S., Ross Baker, G., Orser, B., & Doran, D. (2006). Towards safer interprofessional communication: Constructing a model of 'utility' from preoperative team briefings. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 471-483
- Lium, J.-T., Tjora, A. H., & Faxvaag, A. (2008). No paper, but the same routines: a qualitative exploration of experiences in two Norwegian hospitals deprived of the paper based medical record. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 8, 1-12
- Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., & Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 70-78
- Long, A.F., Kneafsey, R. & Ryan, J. (2003). Rehabilitation practice: challenges to effective team working. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 663-673
- Ludvigsen, S. R. (1998). *Læring av klinisk resonnering i medisinsk utdannings- og arbeidskontekst*. (Doktoravhandling). Det Utdanningsvitenskapelige forskningsinstitutt, Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo. Oslo
- Lunde, P. H. (2011). *Forflytningsskunnskap: aktivisering, hjelp og trening ved forflytning*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Lærum, H., Ellingsen, G., & Faxvaag, A. (2002). Elektronisk pasientjournal i somatiske sykehus utbredelse og klinisk bruk. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 122(26), 2540-2543
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mandy, A., Milton, C., & Mandy, P. (2004). Professional stereotyping and interprofessional education. *Learning in Health & Social Care*, 3(3), 154-170
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the world system: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24(1), 95-117
- Mastekaasa, A., & Smeby, J.-C. (2005). Educational choice and persistence in male and female dominant fields. Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for Profesjons Studier
- McFadyen, A. K., Webster, V. S., Maclaren, W. M., & O'Neill, M. A. (2010). Interprofessional attitudes and perceptions: Results from a longitudinal controlled trial of pre-registration health and social care students in Scotland. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 549-564

- McNair, R. P. (2005). The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Medical Education*, 39(5), 456-464
- Melby, L. (2007). *Prat, penn og papir: en sosiologisk analyse av medisinsk informasjonsbruk i en mobil praksis*. (Doktoravhandling). Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet). Trondheim
- Mik-Meyer, N. (2005). Dokumenter i en interaksjonistisk begrepsramme. In M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter* (pp. 193-214). København: Reitzels Forlag
- Miller, K., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J. D., Kenaszchuk, C. & Conn, L. G. (2008). Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 332-343
- Mizrachi, N., Shuval, J. T., & Gross, S. (2005). Boundary at work: alternative medicine in biomedical settings. *Sociology of Health & Illness*, 27(1), 20-43
- Moen, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Mogensen, E. (1994). *Lära i praktiken: en studie av sjuksköterskeutbildningens kliniska avsnitt*. (dotoravhandling, Stekholm universitet). Stockholm
- Mogensen, E., Elinder, G., Widstrom, A., & Winbladh, B. (2002). Centres for clinical education (cce): developing the health care education of tomorrow a preliminary report. *Education for Health: Change in Learning & Practice (Taylor & Francis Ltd)*, 15(1), 10-18
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*: Universitetsforlaget.
- Molander, B. (1993). *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Mäkitalo, Å., & Säljö, R. (2002). Talk in institutional context and institutional context in talk: Categories as situated practices. *Text*, 22(1), 57
- Måseide, P. (2002). Røntgenbiletet og den medisinske tenkinga - ein sosiologisk analyse. In K. T. Elvbakken & P. Solvang (Eds.), *Helsebilder* (pp. 193-219). Bergen: Fagbokforlaget.
- Måseide, P. (2003). Medical talk and moral order: Social interaction and collaborative clinical work. *Text*, 23(3), 369
- Måseide, P. (2006). The deep play of medicine: discursive and collaborative processing of evidence in medical problem solving. *Communication & Medicine*, 3(1), 43-54
- Måseide, P. (2007). Discourses of collaborative medical work. *Text & Talk*, 27(5/6), 611-632
- Måseide, P. (2008). Profesjoner i interaksjonsteoretisk perspektiv. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 367-385). Oslo: Universitetsforlaget
- Newton, J.M., Billett, S. Ockerby, C. M. (2009) Journeying through clinical placements – An examination of six student cases *Nurse Education Today*, 29(6), 630-34
- Nielsen, H. B. (1994). Boys and Girls from Grade One to Grade Nine *Social Construction of Gender in Children's Worlds* (no. 3). Senter for kvinneforskning: University of Oslo. Oslo
- Nielsen, H. B. (1995). Seductive Texts With Serious Intentions. *Educational Researcher*, 24(1), 4-12
- Nielsen, K., & Kvale, S. (2003). *Praktikkens læringslandskab: at lære gennem arbejde*. København: Akademisk Forlag
- Nilsen, S. R., Haavie, N. E., & Bjørke, G. (2008). *Kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid CAB-prosjektet*, (HiO-notat 1/2008) Oslo: Høgskolen i Oslo

- Nolan, C. A. (1998). Learning on clinical placement: the experience of six Australian student nurses. *Nurse Education Today*, 18(8), 622-629
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag : historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nygren, P. (2004). *Handlingskompetanse: om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal akademisk
- O'Connor. (2000). Nursing interventions in stroke rehabilitation: a study of nurses' views of their pattern of care in stroke units. *Rehabil Nurs.*, 25(6), 224-230
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, May Supplement 1, 21-38
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. (Doktoravhandling). Medisinsk Fakultet, Univeritetet i Oslo University. Oslo: Unipub.
- Parsell, G., & Bligh, J. (1998). Educational principles underpinning successful shared learning. *Medical Teacher*, 20(6), 522-529
- Parsell, G & Bligh, J. (2001) Resent perspectives on clinical teaching *Medical Education*, 35(4), 409-414
- Parsell, G., & Bligh, J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*, 33(2), 95-100
- Parsons, T. (1978). *Action theory and the human condition*. New York: The Free Press.
- Payne, M. (2000). *Teamwork in multiprofessional care*. London: Mcmillan
- Poland, B. D. (1995). Transcription quality as an aspect of rigor in research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), 290-311.
- Poland, B. D. (2003). Transcription quality. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.), *Inside interviewing: new lenses, new concerns* (pp. 267-287). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Polanyi, M. (1962). *Personal knowledge: towards a post-critical philosophy*. Chicago: Routledge & Kegan Paul.
- Pollard, K. (2009). Student engagement in interprofessional working in practice placement settings. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2846-2856.
- Pollard, K., Miers, M. E., & Gilchrist, M. (2005). Second year scepticism: Pre-qualifying health and social care students' midpoint self-assessment, attitudes and perceptions concerning interprofessional learning and working. *Journal of Interprofessional Care*, 19(3), 251-268
- Pollard, K. C. (2008). Non-formal learning and interprofessional collaboration in health and social care: the influence of the quality of staff interaction on student learning about collaborative behaviour in practice placements. *Learning in Health & Social Care*, 7(1), 12-26. doi: 10.1111/j.1473-6861.2008.00169.x
- Pollard, K. C., & Miers, M. E. (2008). From students to professionals: Results of a longitudinal study of attitudes to pre-qualifying collaborative learning and working in health and social care in the United Kingdom. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 399-416. doi: 10.1080/13561820802190483
- Pollard, K. C., Miers, M. E., & Gilchrist, M. (2004). Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health & Social Care in the Community*, 12(4), 346-358
- Pollard, K. C., Miers, M. E., Gilchrist, M., & Sayers, A. (2006). A comparison of interprofessional perceptions and working relationships among health and social care students: the results of a 3-year intervention. *Health & Social Care in the Community*, 14(6), 541-552

- Ponzer, S., Hylin, U., Kusoffsky, A., Lauffs, M., Lonka, K., Mattiasson, A.-C., & Nordström, G. (2004). Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Medical Education*, 38(7), 727-736
- Prior, L. (2004). Doing things with documents. In Silverman, D. (Ed.), *Qualitative research: theory, method and practice* (pp. 76-94). London: Sage
- Pryor, J. (2005). Nursing's role in rehabilitation: a review of the research literature. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association (JARNA)*, 8(3), 8-13
- Pryor, J. (2007). Role ambiguity in rehabilitation settings: a professional concern for nursing. *Collegian*, 14(4), 26-32
- Pryor, J. (2008). A nursing perspective on the relationship between nursing and allied health in inpatient rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 30(4), 314-322
- Pryor, J., Walker, A., O'Connell, B., & Worrall-Carter, L. (2009). Opting in and opting out: a grounded theory of nursing's contribution to inpatient rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 23(12), 1124-1135.
- Rainbird, H., Fuller, A., & Munro, A. (2004). *Workplace learning in context*. London: Routledge.
- Reeves, S., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I., & Hammick, M. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcome (Cohrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 1
- Reeves, S. (2010). The need to problematize interprofessional education and practice activities. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), 333-335
- Reeves, S., & Freeth, D. (2002). The London training ward: an innovative interprofessional learning initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), 41-52
- Reeves, S., Freeth, D., McCrorie, P., & Perry, D. (2002). 'It teaches you what to expect in future...': interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy and physiotherapy students. *Medical Education*, 36(4), 337-344
- Reeves, S., Goldman, J., Burton, A., & Sawatzky-Girling, B. (2010). Synthesis of Systematic Review Evidence of Interprofessional Education. *Journal of Allied Health*, 39(3), 198-203
- Reeves, S. & Hean, S. (2013) Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), 1-3
- Reeves, S., & Lewin, S. (2004). Interprofessional collaboration in the hospital: strategies and meanings. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(4), 218-225
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Wiley-Blackwell
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 3, CD002213
- Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K.-L., Kenaszchuk, C., & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 633-645
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I., & Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 230-241
- Repstad, P. (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget

- Richardson, B., Lindquist, I., Engardt, M., & Aitman, C. (2002). Professional socialization: students' expectations of being a physiotherapist. *Medical Teacher*, 24(6), 622-627
- Robertson, C., & Finlay, L. (2007). Making a difference, teamwork and coping: the meaning of practice in acute physical settings. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 73-80
- Rodger, S., Fitzgerald, C., Davila, W., Millar, F., & Allison, H. (2011). What makes a quality occupational therapy practice placement? Students' and practice educators' perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 195-202
- Rognstad, M.-K. (2006). *Nursing students' motivation and socialization: a prospective, unbalanced cohort study of nursing students from study time into working life*. (Doktoravhandling). Medisinsk Fakultet, Universitet i Oslo. Oslo: Unipub
- Rolf, B. (1991). *Profession, tradition och tyst kunskap: en studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Gyttorp: Nya Doxa.
- Rolf, B., Barnett, R., & Ekstedt, E. (1993). *Kvalitet och kunskapsprocess i högre utbildning*. Nora: Bokförlaget Nya Doxa
- Rotert, D. A. (2006). *Role identity formation of occupational therapy students*. (Doktoravhandling, South Dakota State University). Hentet fra <http://proquest.umi.com/pqdlink?Ver=1&Exp=07-06-2016&FMT=7&DID=1394640501&ROT=309&attempt=1>
- Rudland, J. R., & Mires, G. J. (2005). Characteristics of doctors and nurses as perceived by students entering medical school: implications for shared teaching. *Medical Education*, 39(5), 448-455.
- Russell, L., Nyhof-Young, J., Abosh, B., & Robinson, S. (2006). An exploratory analysis of an interprofessional learning environment in two hospital clinical teaching units. *Journal of Interprofessional Care*, 20(1), 29-39
- Ryle, G. (2009). *The concept of mind*. London: Routledge.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Aldershot: Avebury.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schmidt, I.K., Svarstad, B.L. (2002) Nurse—physician communication and quality of drug use in Swedish nursinghomes. *Social Science & Medicine*, 54(12) 1767-77
- Sfard, A. (1998). On Two Metaphors for Learning and the Dangers of Choosing Just One. *Educational Researcher*, 27(2), 4
- Shumway-Cook, A., & Woolacott, M. H. (2007). *Motor control: translating research into clinical practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Skøien, A. K., Vågstøl, U., & Raaheim, A. (2009). Learning physiotherapy in clinical practice: Student interaction in a professional context. *Physiotherapy Theory & Practice*, 25(4), 268-278.
- Smeby, J.-C. (2008). Profesjon og utdanning. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. (pp. 87-102). Oslo: Universitetsforlaget.
- Smeby, J.-C. & Heggen, Kåre (2014) Coherence and the development of professional knowledge and skills *Journal of Education and Work*, 27(1), 71-91
- Solvoll, B. & Heggen, K. (2010). Teaching and learning care – Exploring nursing students' clinical practice *Nurse Education Today*, 30(1), 73-77
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). *ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Standal, Ø. F. (2012). Læring i rehabilitering. Eit sosiokulturelt perspektiv. In P. K. Solvang & Å. Slettebø (Eds.), *Rehabilitering: individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. (pp. 147- 159). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Star, S. L. (1989a). *Regions of the mind: brain research and the quest for scientific certainty*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Star, S. L. (1989b). The structure of Ill-Structured Solutions: boundary Objects and Heterogeneous Distributed Problem Solving. In L. Gasser & M. N. Huhns (Eds.), *Distributed artificial intelligence* (pp. 37-54). London: Pitman.
- Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional Ecology, 'Translations' and boundary Objects: Amateurs and professionals in Berkeley' Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science (Sage)*, 19(3), 387-420.
- Stern, D.T., Papadakis, M. (2006) The developing physician--becoming a professional. *The New England Journal Of Medicine*, (355)17, 1794-1799
- Stew, G. (2005). Learning together in practice: A survey of interprofessional education in clinical settings in South-East England. *Journal of Interprofessional Care*, 19(3), 223-235.
- Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1997). *Social organization of medical work*. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers.
- Svenningsen, S. (2004). *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde: reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Svensson, L. G. (2008). Profesjon og organisasjon. In Molander, A. & Terum, L.I. (Eds.), *Profesjonsstudier*. (pp. 130- 143). Oslo: Universitetsforlaget
- Svensson, L., & Evetts, J. (2010). *Sociology of professions: continental and Anglo-Saxon traditions*. Göteborg: Daidalos.
- Svensson, L. G., & Karlsson, A. (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 261-275). Oslo: Universitetsforlaget.
- Svensson, R. (1996). The interplay between doctors and nurses -- a negotiated order perspective. *Sociology of Health & Illness*, 18(3), 379-398.
- Säljö, R. (2001). *Läring i praksis: et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Thistlethwaite, J. E., Bartle, E., Chong, A.A.L., Dick, M.L., King, D., Mahoney, S., Papinczak, T., & Tucker, G. (2013) A review of longitudinal community and hospital placements in medical education: BEME Guide No. 26 *Medical Teacher*, (35)8, 1340-1364
- Thistlethwaite, J. & Moran, M. (2010). Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 503-513
- Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 102-114.
- Thörne, K. E., Hult, H., Gäre, B. A., & Dahlgren, M. A. (2012). The dynamics of physicians' learning and support of others' learning. *Professions and Professionalism*, 4(1).
- Tietze, S., Musson, G., & Cohen, L. (2003). *Understanding organizations through language*. London: Sage.
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). The practice of medical technology. *Sociology of Health & Illness*, 25(Silver Anniversary Issue 2003), 97-114
- Tjora, A. H. (2000). The technological mediation of the nursing-medical boundary. *Sociology of Health & Illness*, 22(6), 721-741.
- Tunstall-Pedoe, S., Rink, E., & Hilton, S. (2003). Student attitudes to undergraduate interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 17(2), 162.
- Universitet- og høyskolerådet (UHR). (2010). *Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene*. (UHR-rapport april 2010). Oslo: Universitet- og høyskolerådet

- Vandvik, P. O. (2009). Evidensbasert medisin, uvurderilig verktøy for klinikere. In H. Grimen & L. I. Terum (Eds.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (pp. 111-124). Oslo: Abstrakt Forlag as.
- Vangen, S. & Huxham, C. (2009) En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. In Willumsen, E. (ed) *Tverrprofesjonelt samarbeid*. (pp 67-87). Oslo: Universitetsforlaget
- Vygotskij, L.S. (2001) *Tenkning og tale*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Vygotskij, L.S. (1978) *Mind in society. The development of higher psychological processes*. Cambridge: MA: Havard university Press
- Vågan, A. (2009). *Physicians in the making* (Doktorgrad, Høgskolen i Oslo) Oslo.
- Vågan, A., Erichsen, T. & Larsen, K. (2014) En mixed methods studie: Sykepleierstudenters syn på kunnskap og læring. *Sykepleien* 9(2) 170-181
- Vågan, A. & Heggen, Kåre (2014). Contextualisation and learning: a comparative study of student teachers and student nurses. *Journal of Education and Work*, 27(69), 608-628
- Vågstøl, U., & Skøien, A. K. (2011). "A learning climate for discovery and awareness": Physiotherapy students' perspective on learning and supervision in practice. *Advances in Physiotherapy*, 13(2), 71-78.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- Wadel, C. (2002). Den mellommenneskelig forankring av læring. Praksisfellesskap og læringsforhold. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 5, 416-422.
- Wadel, C. (2008). Innlemmelser i sosiale fellesskap. *Sosiologisk Tidsskrift*, 16(3), 237-253.
- Wahlström, O., & Sandén, I. (1998). Multiprofessional training ward at Linköping University: Early experience. *Education for Health: Change in Learning & Practice (Taylor & Francis Ltd)*, 11(2), 231.
- Walshe, K., & Offen, N. (2001). A very public failure: lessons for quaiity improvemenet of health care from the Bristol Royal Infirmary. *Quality og Health Care*(10), 250-256.
- Waters, K. R. (1994). Getting dressed in the early morning: styles of staff/patient interaction on rehabilitation hospital wards for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2), 239-248.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press
- Wenger, E. (2000). Communities of Practice and Social Learning Systems. *Organization*, 7(2), 225-246.
- Wenger, E. (2004). *Praksisfellesskaber: læring, mening og identitet*. København: Reitzels Forlag.
- Wenger, E. (2007). Sosial læringsteori - aktuelle temaer og utfordringer. In K. Illeris (Ed.), *Læringsteorier: seks aktuelle forståelser* (pp. 61-79). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Wertsch, J. V. (1991). *Voices of the mind: a sociocultural approach to mediated action*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Wetherell, M., Taylor, S., & Yates, S. J. (2001). *Discourse theory and practice: a reader*. London: Sage.
- WHO. (2010) *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice B2 - Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organisation.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur
- Wichmann-Hansen, G. (2004). *Praktik i lægeuddannelsen: et kvalitativt studie om læring og vejledning i klinikken*. (Doktordavhandling, Aarhus Universitet). Århus

- Wichmann-Hansen, G., Mørche, A. M., & Eika, B. (2006). Tidsregistrering: Hvordan bruker de studerende tiden i klinikken?. *Ugeskrift For Læger*, 168(1), 46-50
- Wichmann-Hansen, G., Mørcke, A. M., & Eika, B. (2007). Læring og vejledning i klinikophold. "Du kan lige lytte. Der er lidt arytmia perpetua". *Ugeskrift For Læger*, 169(42), 3574-3578
- Wiers-Jenssen, J., & Aasland, O. G. (2004). Har Oslo96-reformene ført til endringer i studenttilfredshet og studieatferd? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 124(16), 2100-2103
- Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget
- Willumsen, E., & Hallberg, L. (2003). Interprofessional collaboration with young people in residential care:some professional perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 17(4), 389-400
- Willumsen, T., Wenaasen, M., Armingohar, Z., & Ferreira, J. (2008). *Sykepleie og oral helse: guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2014). *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Winther J.M., & Phillips, L. (2002). *Discourse analysis as theory and method*. London: Sage Publications
- Witz, A. (1992). *Professions and patriarchy*. London: Routledge
- World Health Organization (WHO). (2010) *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice B2 - Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organisation
- Worley, P., Prideaux, D., Strasser, R., March, R., & Worley, E. (2004). What do medical students actually do on clinical rotations? *Medical Teacher*, 26(7), 594-598
- Young, L., Orlandi, A., Galichet, B. & Heussler, H. (2009) Effective teaching and learning on the ward: easier said than done? *Medical Education*, 43(8), 808-817
- Zwarenstein, M., Atkins, J., Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S. (1999). A systematic review of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 13(4), 417-424
- Zwarenstein, M., & Reeves, S. (2006). Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *The Journal Of Continuing Education In The Health Professions*, 26(1), 46-54
- Østerlund, C.S. (2008) Documents in Place: Demarcating Places for Collaboration in Healthcare Settings. *Computer Supported Cooperative Work: The Journal of Collaborative Computing* 17(2/3), 195-225
- Øvretveit, J. (1990). Making the team work! *Professional Nurse*, 5(6), 284-88.
- Øvretveit, J. (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of Interprofessional Care*, 10(2), 163-171

Offentlige utredninger og meldinger til Stortinget

- NOU:1972:23 (1972). *Utdanning av sosial- og helsepersonell*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet
- NOU:2005:3 (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld.St.9 (2012-13). (2012). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-9-20122013.html?id=708609>
- Meld.St.10 (2012-13). (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>
- Meld.St.13 (2011-12). (2012). *Utdanning for velferd: Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-13-20112012.html?id=672836>
- Meld.St.16 (2010-11). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-15)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?regj_oss=1&id=639794
- Meld.St.29 (2012-13). (2012). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>
- St.meld.21(1998-99). (1999) *Ansvar og meistring: mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/>
- St.meld. 47 (2008-09). (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Lov og forskrifter:

- Helseforetaksloven (2001) *Lov om helseforetak* (nr 93, 2001) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsepersonell-loven (1999) *Lov om helsepersonell m. v.* (nr 64, 1999). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (nr 61, 1999). Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Lov om universiteter og høyskoler (Universitets- og høyskoleloven) (nr 82, 2005). Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15>
- Forskrift om akkreditering av høyere utdanning (2006) *Forskrift om standarder og kriterier for akkreditering av studier og kriterier for akkreditering av institusjoner i norsk høyere utdanning*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2006-01-25-121>
- Forskrift om legemiddelhåndtering (2008) *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>

Ramme- og studieplaner:

- Rammeplan for ergoterapeututdanning med forskrift. (2005). Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269372-rammeplan_for_ergoterapeut_05.pdf
- Rammeplan for fysioterapeututdanning med forskrift. (2005). Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269370-rammeplan_for_fysioterapeut_05.pdf
- Rammeplan for sykepleierutdanning med forskrift. (2005). Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269376-rammeplan_for_sykepleierutdanning_05.pdf
- Studieplan for legeutdanningen ved Oslo Universitet. Hentet fra <http://www.uio.no/studier/program/medisin/>
- Oversikt over legeutdanningen ved Oslo Universitet. Hentet fra <http://www.uio.no/studier/program/medisin/oppbygging/fugleperspektiv-2012.pdf>
- Oversikt over legeutdanningen 2005-14 ved Universitetet i Bergen http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/studielop_medisin_2005_redigert_0.pdf

Oppslagsverk:

- Felleskatalogen over farmasøytiske preparater markedsført i Norge: 2014.* (2014). Oslo: Felleskatalogen.
- Norsk legemiddelhåndbok.* Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok
- Nylenna, M. & Kåss, E. (2004) *Medisinsk ordbok.* Oslo: Kunnskapsforlaget

Oversikt over vedlegg

- Vedlegg 1** Forespørsel til Fakultene
- Vedlegg 2** Forespørsel til studenter om deltakelse
- Vedlegg 3** Forespørsel til praksisveiledere om deltakelse
- Vedlegg 4** Informasjonsskriv til sykehuspostene
- Vedlegg 5** Skjema for bakgrunnsopplysninger for veiledere
- Vedlegg 6** Skjema for bakgrunnsopplysninger for studenter
- Vedlegg 7** Samtaleguide til fokusgruppesamtalen
- Vedlegg 8** Intervjuguide til intervju med studentene

PROSJEKT KNYTTET TIL PRAKSISSTUDIER VED ERGOTERAPEUT- / FYSIOTERAPEUT-/ SYKEPLEIER-/ LEGEUTDANNINGUTDANNINGEN

I mitt dr.gradsarbeid 'Tverrprofesjonalitet i helsefagutdanning: ideologi og praksis' trenger jeg å gjennomføre feltarbeid ved somatiske sykehusavdelinger der blant annet studenter fra X-utdanningen har praksisstudier. Prosjektet er et empirisk kvalitativt studie av hvordan samhandling skjer og læres i hverdagen der helsefagstudenter har praksisstudier. Feltarbeidet vil følges opp i intervju med tre studenter fra fire ulike profesjonsutdanninger og samtale med studentenes kliniske veiledere ved praksisstedet. Jeg arbeider nå med å finne frem til hvilke sykehus og avdelinger jeg vil henvende meg til for å få tillatelse til feltarbeidet.

Jeg ber om tillatelse til å sende forespørsel om deltakelse i prosjektet via Fakultet N for XXstudenter som skal ha praksisstudier ved de aktuelle avdelinger. For å sikre at den enkelte students praksisveileder får henvendelsen, kan det være aktuelt å be om at også brev til praksisveileder sendes via Fakultetet. Dette forutsatt at aktuelle sykehus finner dette mest hensiktsmessig. Hovedhensikten med prosjektet er å utforske hvordan helsefagstudenter i praksisstudier blir involvert i og oppfatter samhandling på tvers av profesjongrensener. En hensikt er å problematisere handlingsgrunnlaget i slik samhandling. Kunnskap om slik samhandling kan bidra til endret forståelse av profesjoner. Videre er et mål å fremskaffe kunnskap om utvikling av forventning til fremtidig yrkesutøvelse.

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste har vurdert og tilrådd prosjektet, og finner at behandling av personopplysningene tilfredsstillende i personvernloven og at opplegget for gjennomføringen meget godt tilrettelagt. Prosjektet er vurdert av Regional Etisk Komité, Sør-A, til ikke å være fremleggelsespliktig for dem. Høgskolen i Oslo står som behandlingsansvarlig institusjon. Prosjektbeskrivelse er godkjent for opptak ved PH.d programmet ved Senter for Profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo. Veiledere er professor Per Solvang, Avdeling for helsefag og professor Jens Christian Smeby, Senter for Profesjonsstudier.

Avdelinger for barn eller innen psykisk helsearbeid ikke er aktuelle. Det skal ikke registreres eller samles inn pasientopplysninger. I mitt arbeid som høgskolelektor ved fysioterapeututdanningen har jeg tilgang til informasjon om pasienter når jeg har oppgaver i

linikken. Både som fysioterapeut/lærer og som forsker har jeg taushetsplikt. Alle opplysninger vil bli behandlet strengt konfidensielt. I tillegg til undertegnede vil kun veiledere ha tilgang til materialet. Deltakerne vil bli bedt om å samtykke til deltakelse skriftlig, og er selvsagt sikret full anonymitet.

Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål eller trenger mer informasjon.

Hanne Hagland Tlf..... MAIL

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I PROSJEKT: TVERRPROFESJONALITET I HELSEFAGUTDANNINGER: IDEOLOGI OG PRAKSIS

I mitt dr.gradsprosjekt skal jeg undersøke hvordan helsefagstudenter i praksisstudiet blir involvert i og oppfatter samhandling på tvers av profesjongrenser. En hensikt er å problematisere handlingsgrunnlaget i slik samhandling. Kunnskap om samhandling på tvers av profesjongrenser kan bidra til endret forståelse av profesjoner. Videre er et mål å fremskaffe kunnskap om utvikling av forventning til fremtidig yrkesutøvelse. For prosjektet er det viktig at studenter og veiledere både fra ergoterapeut-, fysioterapeut, sykepleier- og legeutdanning deltar. Det finnes lite forskning knyttet til praksisstudier der alle disse profesjoner inngår.

I denne forbindelse ønsker jeg å være tilstede ved i sykehusavdelinger der studenter har praksisstudier for å observere hvordan samhandling på tvers av profesjongrenser skjer og læres i hverdagen. Jeg ønsker å observere ulike situasjoner og særlig når ulike profesjoner samhandler eller forventes samhandle. Underveis vil jeg samtale med personer der det er naturlig, men ikke aktivt delta i aktiviteter. Jeg vil ta notater som er anonymiserte. Feltarbeidet vil være utgangspunkt for intervju med 12 studenter og gruppesamtale med studentenes praksisveiledere etter avsluttet praksisperiode.

Jeg ønsker å intervju deg for å få kunnskap om din erfaring og mulighet for å samhandle med andre profesjonsutøvere i praksisperioden og forventninger til slik samhandling uti fra konkrete hendelser. Intervjuet vil være lagt opp som en samtale for å få frem det du mener har betydning for din læring og forståelse av egen og andre profesjoners samhandling, funksjon og forpliktelse.

Jeg vil også trekke inn enkelte av mine observasjoner, slik at du både kan utdype disse og bidra til analysen. Jeg ønsker at samtalen skal gi rom for å beskrive og drøfte ulike sider ved samhandling på tvers av profesjongrenser. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og vil vare vel en time. Tidspunkt og sted avtaler vi så det passer for deg – og lenge etter avsluttet praksisperiode.

Denne forespørsel går til deg, da du skal ha praksisstudie ved en sykehusavdeling der jeg vil samle inn datamateriale. Brevet er sendt via din utdanning, da jeg ikke kjenner din identitet.

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I PROSJEKT: TVERRPROFESJONALITET I HELSEFAGUTDANNINGER: IDEOLOGI OG PRAKSIS

I mitt dr.gradsprosjekt skal jeg undersøke hvordan helsefagstudenter i praksisstudiet blir involvert i og oppfatter samhandling på tvers av profesjongrenser. En hensikt er å problematisere handlingsgrunnlaget i slik samhandling. Kunnskap om samhandling på tvers av profesjongrenser kan bidra til endret forståelse av profesjoner. Videre er et mål å fremskaffe kunnskap om utvikling av forventning til fremtidig yrkesutøvelse. For prosjektet er det viktig at studenter og veiledere både fra ergoterapeut-, fysioterapeut, sykepleier- og medisinerutdanning deltar. Det finnes lite forskning knyttet til praksisstudier der alle disse profesjoner inngår.

I denne forbindelse ønsker jeg å være tilstede ved i sykehusavdelinger der fysioterapeutstudenter har praksisstudier for å observere hvordan samhandling på tvers av profesjongrenser skjer og læres i hverdagen. Jeg ønsker å observere ulike situasjoner og særlig når ulike profesjoner samhandler eller forventes samhandle. Underveis vil jeg samtale med personer der det er naturlig, men ikke aktivt delta i aktiviteter. Jeg vil ta notater som er anonymiserte. Feltarbeidet vil være utgangspunkt for intervju med 12 studenter og gruppesamtale med studentenes veiledere etter avsluttet praksisperiode.

Jeg ønsker at du deltar i en gruppesamtale sammen med praksisveiledere for andre profesjoner. I gruppesamtalen ønsker jeg at du og de andre veilederne får rom til å beskrive og diskutere ulike sider ved deltakelse i samhandling på tvers av profesjongrenser uti fra konkrete hendelser. Det blir lagt opp til å få frem det du mener har betydning for læring og forståelse av egen og andre profesjoners samhandling, funksjon, forpliktelse og handlingsgrunnlag. Jeg vil også trekke inn enkelte av observasjonene, slik at gruppen både kan bidra til utdype disse og bidra i analysen. Gruppesamtalen blir ledet av meg, blir tatt opp på bånd og vil vare vel en time.

Denne forespørsel går til deg da du skal være veileder for studenter som har praksisstudie ved en sykehusavdeling der jeg ønsker å samle inn datamateriale.

Brevet er formidlet via utdanningen, da jeg ikke kjenner din identitet.

Som forsker er jeg underlagt taushetsplikt. Datamaterialet vil bli fullstendig aidentifisert både i notater, nedskrivning og fremtidig publisering, slik at den enkelte ikke kan

identifiseres. Alle opplysninger vil bli behandlet strengt konfidensielt og oppbevart utilgjengelig for andre enn doktorgradsstipendiat og hennes veiledere. Lydopptak slettes ved prosjektets ferdigstillelse som vil være slutten av xxxx. Ved en mulig oppfølgingsundersøkelse etter at studentene har vært i yrket i noen år, vil jeg kontakte deg på ny. Identifiserbare bakgrunnsopplysninger blir lagret i 4 år og så makulert.

Deltakelse i prosjektet er frivillig og du kan når som helst trekke deg uten å måtte oppgi grunn. I tilfelle vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig forskning, og er vurdert av Regional komité for medisinsk forskning. Prosjektet gjennomføres ved Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier, og veiledere er professor Per Solvang og professor Jens Christian Smeby, begge ved Høgskolen i Oslo. Sykehuset har godkjent at prosjektet kan gjennomføres ved avdelingen

Dersom du kan tenke deg å delta i prosjektet, ber jeg deg undertegne vedlagte samtykkeerklæring og returnere den i frankert konvolutt så snart som mulig til

Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål eller ønsker mer informasjon.

SAMME SKJEMA FOR SAMTYKKEERKLÆRING SOM FOR STUDENTENE

**INFORMASJON OM PROSJEKT SOM PÅGÅR VED AVDELING NN
TVERRPROFESJONALITET I HELSEFAGUTDANNINGER: IDEOLOGI OG
PRAKSIS**

Prosjektets hovedhensikt er å undersøke hvordan ergoterapeut-, fysioterapeut, sykepleier- og legestudenter i praksisstudiet blir involvert i og oppfatter samhandling på tvers av profesjongrensener. Et mål å fremskaffe kunnskap om utvikling av forventning til fremtidig yrkesutøvelse og samhandling. Videre er en hensikt er å problematisere handlingsgrunnlaget samhandling på tvers av profesjongrensener. Kunnskap om samhandling på tvers av profesjongrensener kan bidra til endret forståelse av profesjoner. For pasienter kan yrkesutøvers samhandling ha betydning for å oppnå samordnet og enhetlig behandling og omsorg. Det finnes lite forskning om praksisstudier der både ergoterapeut-, fysioterapeut, sykepleier- og medisinerstudenter og veiledere er involvert.

Dr.gradstipendiat Hanne Hagland vil være tilstede ved avdelingen fra DD MM YY

Hensikten er å bli kjent med avdelingen, personalet og arbeidsmåter og for å observere hvordan samhandling på tvers av profesjongrensener skjer og læres i hverdagen. Jeg ønsker å observere ulike situasjoner og særlig når ulike profesjoner samhandler eller forventes samhandle. Fokus vil være på studenter og deres deltakelse og læring. Jeg kommer til å samtale med personer der det er naturlig, og ikke aktivt delta i aktiviteter. Underveis vil jeg ta notater som er anonymisert. Observasjonene blir utgangspunkt for intervju med studenter og samtale med deres veiledere etter avsluttet praksisperiode.

Som forsker er jeg underlagt taushetsplikt. Det vil ikke bli registrert informasjon om pasienter. Alle opplysninger vil bli behandlet strengt konfidensielt og lagret forsvarlig. I fremtidig publisering vil ingen opplysninger kunne peke tilbake på og identifisere personer. Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig forskning, og er vurdert av Regional komité for medisinsk forskning. Prosjektet gjennomføres ved Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier. Sykehuset har godkjent at prosjektet kan gjennomføres ved avdelingen

Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål eller ønsker mer informasjon.

Hanne Hagland, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Oslo. Tlf. nn nn nn. Mail nnnn @nn.nn

Bakgrunnsopplysninger fra studenter i prosjektet
Tverrprofesjonalitet i helsefagutdanninger: ideologi og praksis

Navn.....
 Adresse.....
 Telefon.....
 Mail.....
 Alder.....
 Kjønn.....
 Profesjonsstudium.....
 Studiested.....
 Praksissted.....
 Når i studieforløp.....
 Praksisperiode tidligere.....
 Praksisperiode nummer.....
 Tidligere utdanning.....
 Tidligere arbeidserfaring.....
 Disse opplysninger vil bli oppbevart utilgjengelig for andre enn prosjektleder og adskilt fra materialet.

Bakgrunnsopplysninger fra praksisveiledere i prosjektet
Tverrprofesjonalitet i helsefagutdanninger: ideologi og praksis

Navn.....
 Adresse.....
 Telefon.....
 Mail.....
 Alder.....
 Kjønn.....
 Profesjon.....
 Studentenes studiested.....
 Praksissted.....
 Veileder erfaring type og år.....
 Veileder ved dette praksissted fra.....
 Veileder utdanning, type.....
 Profesjonsutdanning hvor og når.....
 Relevant arbeidserfaring type og år.....
 Disse opplysninger vil bli oppbevart utilgjengelig for andre enn prosjektleder og adskilt fra materialet.

Introduksjon

Avklare forventninger til møtet og gjensidig taushetsplikt

Hensikt: Diskusjon få frem oppfatninger, erfaringer, synspunkt, enighet/uenighet, antakelser og forventninger til seg selv, andre. Ikke noe som er rett eller galt

Jeg er opptatt av studentenes læring ved posten hos dere og deres synspunkter knyttet til dette.

Snakke fritt, jeg skriver ut samtalen og sikre at alt skriftlig materiale blir avidentifisert.

Ønsker at samtalen mellom dere kan gli mest mulig av seg selv.

Hvis det er behov, så kan jeg styre ordet. Min rolle: forsker ikke som fysioterapeut, lærer

OM STUDENTERS DELTAKELSE, ERFARING OG LÆRING:**START: Hva har studentene med seg etter å ha vært ved posten?****Hva har studentene mulighet til å lære ved posten?**

Hva bidrar til mulighet for å lære? - hvordan

Hva forutsetter det at studenter deltar i, ser på, gjør, får ansvar for?

Hva kan studenter delta/ikke delta i, ta ansvar for/ikke ta ansvar for?

Hva er de største utfordringene for studentene?

Delta, ta/få ansvar, initiativ

Pasientutvalget - undersøkelse/behandling/oppfølging

Manuelle/relasjonelle ferdigheter, teoretiske kunnskaper, begrunne, holdning

Dokumentere, bruke/forstå dokumentasjon egen/andre profesjoner

Delta/initiativ i møtefora i studentgruppe/profesjonsvise/tverrfaglige

Forståelse av pasient – av postens aktivitet/virksomhet/praksis

Hvordan tilrettelegger dere/ posten for studenters læring?

Hva er det mest avgjørende? (pasienter, profesjon, studentgruppe, veilederrelasjon...)

Sammen med profesjonelle/studenter i egen/andre profesjoner

Hva kan studenter lære fra de andre faggruppene?

Fortelle hvordan det er tilrettelagt for dette?

OM ERFARINGER OG UTFORDRINGER FOR VEILEDERNE VED POSTEN

Hvilke erfaringer fra å være veileder ved posten har vært viktige?

Hva har du lært? Om hva og av hvem?

Miljø – veiledningssituasjon - kompetanse, kompetansebehov

Hvor stor frihet er det for veilederne?

Velge fokus/ hva skal student gjøre/delta i /prøve ut....

Hva er utfordringene dine som veileder ved posten?

Studentoppfølging: mange/svake/sammensetning av studentgruppe...

Pasientsikkerhet

Pasientarbeid i tillegg/ikke – tilhørighet profesjon/post

Samarbeid med utdanningen

Om rammer for læring og veiledning:

Hvilke rammer bidrar til/hemmer til læring?

relasjonelle som personell, veiledere, sammensetning og ledelse

studenter: sammensetning, antall, års- trinn

pasientgrunnlag (antall og typer) pasientgjennomstrømning

tidsmessige som tid til veiledning, oppstartstidspunkt/varighet av praksis

fysiske som rom/plass, utstyr...

OM Å ARBEIDE SAMMEN MED ANDRE PROFESJONER:

Samhandling mellom profesjonene ved avdelingen: muntlig/skriftlig/gjøre

På hvilke måter er det blir pasientens undersøkelse, behandling diskutert/belyst?

Hvilken betydning har dette for studentene? Profesjonen(e)?

Når beslutninger tas om pasientbehandling hvem har innflytelse?

Hvilke begrunnelser, vurderinger blir lagt til grunn?

I hvilken grad tillegges ulike type kunnskap like mye vekt?

I hvilken grad blir profesjonens behov for å diskutere, få/gi informasjon i varetatt

Hva skal til for at dere opplever samhandling med andre profesjoner som meningsfull?

Forutsetninger? Hensikt?

I hvilke måter er andres (egen/annen profesjon)

- Vurdering/kunnskaper av betydning for ditt arbeid?

- handling/arbeid av betydning for ditt arbeid?

Når vil du si at samhandling mellom profesjonsgrenser fungerer/ikke fungerer?

Uskrevne regler?

Fora, møtepunkt?

Redskap?

Hvordan blir ulike faggrupper sett, hørt, akseptert? Kan alle si noe om alt?

Hva er et godt tverrfaglig samarbeid?

Hva kan andre faggrupper lære av din profesjon ved avdelingen?

Hvordan har dere diskutert faggruppens ansvar, oppgaver, kunnskapsfelt i staben?

Hvordan har der diskutert dette med studentene?

OM POSTENS VIRKSOMHET, AKTIVITET, PRAKSIS

Hva kan andre lære av posten? (både på godt og ondt)

Hvis dere skulle si noe om hva som kjennetegner posten, hva ville det være?

Hva kjennetegner miljøet ved posten?

Har pasientbehandlingen ved posten noen kjennetegn – hvilke?

Har læringsmulighetene ved posten noen kjennetegn – hvilke?

Hvordan er studenters læring/veiledning en del av postens virksomhet?

Møteplasser/fora for studentene?

Bruke /veilede/undervise hverandre? I hva Års-trinn?

Hva bidrar til god pasientbehandling ved posten?

miljø, personer – arbeidsmåter -pasienterfaringer/-evalueringer

Hva kunne vært gjort annerledes for å bedre pasientbehandling ved avdelingen?

Hva har vært prøvd for å bedre pasientbehandlingen og forkastet -hvordan?

OM REDSKAP OG MØTER

Hvilke redskap har vært nyttige? – hvordan?

Hensikt, form, innhold, deltakere, tid, for:

rutiner, prosedyrer...organisering av arbeidet, grupper, oppgaver, ansvar...

møtefora.....dokumenter; skriftlig: papir, EPJ , kurvebok, oppslagstavle....

Hvilke redskap har vært prøvd og forkastet – hvordan?

Hvilke redskap ville det vært nyttig å prøve/få på plass – hvordan?

Hvilke møtefora er sentrale å delta i? for studenter/ ansatte/ profesjonene

Hva bidrar møtene med og omvendt hva bidrar studentene med?

En stund siden sist. Planen er vi samtaler om erfaringene fra praksisstudiet ved Jeg forventer ikke ferdige, enkle svar, men mer ar vi i samtalen kan få frem ulike sider ved din praksisperiode, læring og fremtidig yrkesutøvelse. Kaste litt ball....

Jeg har lest gjennom feltnotatene og det har gitt meg mange tanker om og hvordan samhandling i hverdagen skjedde og betydninger av slik samhandling for å forstå pasienter, yrkesutøvelse, læring og trivsel. Kanskje har du gjort deg noen tanker etter å ha vært i praksis på et nytt sted. Du har fått mailen min, fikk den deg til å tenke på noe du ville ta opp nå?

Tema og hovedspørsmål	Stikkord, alternative, oppfølging
<p>Innledning</p> <p>Hva tok du med deg videre fra denne praksisperioden ? Har du brukt erfaringer fra praksisperioden på noen måte? Fortell meg om dem.....</p>	<p>Har du gjort deg noen tanker siden sist om dine erfaringer praksisperioden ved.....</p>
<p>Deltakelse</p> <p>-Hvilke aktiviteter syntes du det var viktig å delta i? -Hvilken betydning hadde dette for deg? -Var det noe du ikke kunne delta i? -Hvordan var det å ikke kunne delta i dette?</p> <p>Hvor selvstendig var du i pasientundersøkelse/behandling?</p> <p>Fortell hvordan du erfarte å være deltaker /ikke deltaker i profesjonens/postens arbeid?</p> <p>Hvem kunne mene noe om hva, hvordan og i hvilke sammenhenger?</p> <p>Hvilken betydning har egen deltakelse for egen læring oppnåelse av læringsmål?</p>	<p>Hva gjorde disse viktige? Pasient, læring, profesjon, drift... Ulike møtefora, ulike deltaker.. Fortell /eksempel.</p> <p>Eksempel Bestemmelser uttalte/usagte Trygghet, ansvar Egen kunnskap, ferdighet, lyst</p> <p>Fortell om noe som var utfordrende og som du fikk til Hvordan opplevde du at din kompetanse ble sett av studenter og ansatte?</p> <p>Tatt på alvor? Aksept/ikke aksept hvordan kommer det til uttrykk?</p> <p>Har du gjort deg noen tanker om det var uskrevene regler innen og mellom faggruppene /studentene på stedet?</p>
<p>Tingliggjøring</p> <p>Hva fikk du ut av ulike møter du deltok i? Hva synes du det er viktig å få frem i faggruppen, i tverrfaglige møter og i studentgrupper?</p>	<p>Morgenmøte, tverrfaglig møte, tverrfaglig previsitt, previsitt, visitt, rapport ol, undervisning, veiledning...</p>

<p>Hvordan var det å forstå hva de andre sa? Forstod hva andre sa?</p> <p>Har du begrep/kunnskaper for å beskrive din forståelse, vurdering for pasienter, din og andre faggrupper?</p> <p>Har du tilstrekkelig kunnskap til å diskutere med andre faggrupper?</p> <p>Hvordan bidro du i gruppen med dine kunnskap, vurdering? Med hva?</p> <p>Hvordan forsto du det egen og andre faggrupper tok opp i de ulike møtene?</p> <p>Var det slik gjennom hele praksisperioden? Hvordan har dette vært på neste praksissted?</p> <p>Bruk av skriftlig dokumentasjon: Kan andre faggrupper forstå det du skriver, og forstår du det andre skriver?</p> <p>Hvordan kunne andre bruke din dokumentasjon, hvordan bruker du andres dokumentasjon?</p>	<p>Diskusjon om medisiner, labprøver, belastning, tallskår/tester. Kan du lære noe av hvilke tema andre faggrupper tar opp og måten de tar det opp?</p> <p>Hva, hvem var lett/krevende å forstå For deg og andre Gi eksempel Betydning for pasientoppgaver/din deltakelse/læring</p> <p>Med hvem, om hva Blir du/andre studenter tatt på alvor?</p> <p>Eksempel: tverrfaglig skåringer, mål og planer. Journalnotat. Slå opp medisin og prøver?? Hvordan ble det forklart og beskrevet så du du kunne forstå/ ikke forstå?</p> <p>Hva var viktig å få frem i hvilken dokumentasjon? Hvordan fikk du dette frem?</p> <p>Typer begrep, uttrykk, teori, tidligere erfaringer brukte du i møter. Hvem, når, hvordan? Krav til dokumentasjon, etiske og kunnskapsbaserte begrunnelser og vurderinger hvilken betydning kan andre yrkesgrupper ha</p>
<p>Samhandling</p> <p>Fortell meg om en gang da du syntes samhandling med andre faggrupper var interessant.</p> <p>Hvis du tenker tilbake på samhandling ved posten er det noe som kjennetegnet den?</p> <p>Hvem vil du si samhandlet ved posten? Var det noen som ikke samhandlet?</p> <p>Kan du fortelle om en situasjon der du diskuterte utfordringer og vurderinger</p>	<p>Noe som du husker, kan være med hvem og om hva helst. Hvordan opplevde du ved posten? åpen, symmetri</p> <p>Innhold, mønstre, form, muntlig/skriftlig Ubehag, trivsel, vanskelig, kunstig, naturlig Hva bidro til å skape/hemme slik samhandling?</p> <p>pasient – ansatte, studenter, student – ansatte, student – veileder,</p> <p>Hvem diskuterte - hva – hvordan – resultat</p>

<p>knyttet til undersøkelse, behandling, trening og omsorg for pasienter ved posten?</p> <p>Var det noe mønster i hvem svarer hvem om hva, hvordan og når?</p> <p>Har du gjort deg noen tanker om det var uskrevne regler for samhandling i studentgruppen, egen/andre?</p> <p>Har du gjort deg noen tanker om det var uskrevne regler for samhandling innen og mellom faggruppene på stedet?</p> <p>Var du noen gang sammen med andre yrkesgrupper i pasientundersøkelse, behandling, pleie?</p> <p>Har du gjort deg noen tanker om betydning av om samhandling er med utøver/ studenter fra egen/andre faggrupper?</p> <p>Hvilken betydning har det for din oppfatning av deg selv som yrkesutøver at du har møtt, samarbeidet med andre yrkesgrupper?</p> <p>Kan du fortelle litt om samarbeidet mellom ansatte og student, mellom studenter og mellom ansatte?</p> <p>Hvordan opplevde du å være med i samarbeid og lære samarbeid ved posten?</p> <p>Hvem tok beslutninger om hva og i hvilken grad opplevde du å bli lyttet til eller delta i beslutningene?</p>	<p>HLR-, fremgang slagpasient, depresjon, utreise/sykehjem, permisjon for protese pasienter, smertebehandling Hvilke refleksjoner har du rundt begrunnelsen for hva dere da gjorde?</p> <p>Informasjonsutveksling, delegering, kunnskapsdeling, støtte, instruks.... Forklare,</p> <p>Hvem kunne mene noe om hva, hvordan og når?</p> <p>Har det hatt noen betydning for deg at du har møtt, samhandlet med studenter i praksisperioden?</p> <p>I hvilken grad betyr det noe at studentene var fra egen/andre faggrupper?</p> <p>Diskusjoner om hvordan samarbeidet var og burde være?</p> <p>Hvordan har det vært i andre praksissteder? Fortell et eksempel</p> <p>Reagerte du noen gang på vurderinger og beslutninger som ble gjort for pasienter?</p>
<p>Virksomhet (Postens aktivitet)</p> <p>Hvilke oppgaver hadde du ved posten? Hva hadde du ansvar for på posten og hvordan opplevde du å ha ansvaret?</p> <p>Fortell om du opplevde du å delta i de sentrale aktiviteter ved posten?</p>	<p>Grenser for ansvar. Opplevelse av trygghet i pasientarbeid og på møter hvordan var det med den? Når var det nødvendig å ha veileder tilstede for deg og hvorfor?</p> <p>Påstand: - pasient gjennomstrømning, bred og solid kartlegging, pleie, trening, mål.</p>

<p>Diskuterte dere noen gang hva som var det sentrale aktiviteter ved posten?</p> <p>Opplvde du noen gang at du hørte til ved posten og profesjonen? Går det an å si at du tilhørte en bestemt gruppe?</p> <p>Var det noe som bidro til å gjør aktiviteter til et felleseie, bandt sammen virksomheten?</p>	<p>-planlegge av behandling/omsorg/trening - informasjon og kunnskap, læring for studenter/ansatte, møter, diskusjon, felles refleksjon, dokumentasjon, Hvilke aktiviteter var viktige i postens, profesjonens, studentgruppens virksomhet? Deltok du i aktiviteter som er sentrale for egen faggruppe, andre/flere faggrupper? Deltok du i aktiviteter som er sentrale for egen faggruppe, andre/flere faggrupper?</p> <p>Felleskap, grupper av studenter grupper av ansatte, profesjon, tverrfaglige... Hvem var tilhørte gruppen, hvordan se det? Var det flere fellesskap? Hvem var med/utenfor fellesskapet?</p> <p>Ansatt/student/profesjon/pasientgruppe Påstand: lettere å alliere seg med studenter enn ansatte. Legestudenter er utenfor. Fysio og ergo er et team i teamet. Sykepleier mer lik ergoterapeuter. Mitt eksempel: det er noe annet å være student enn ansatt. Praksis blir på liksom Når tydelig, hvordan, hvem var deltaker? Mitt eksempel: Et team i teamet. Profesjon. Pasientgruppe. Studentgruppe. Post. Etasje</p>
<p>Profesjonsuttrykk</p> <p>Hvilke spørsmål er viktige for deg og din profesjon?</p> <p>Hva er det viktig for deg og din profesjon å få frem i møter/fora/skriftlig materiale?</p> <p>I beslutninger for hva som skulle gjøres for pasienter hvilke vurderinger ble lagt til grunn?</p> <p>Hvem bidro eller kunne bidra med vurderinger?</p> <p>Hva slags kunnskap har du, din profesjon som de andre ikke har? Hvordan tok du den i bruk, synliggjort den i praksisstudiet?</p>	<p>Ble din profesjons oppgaver og mål ivaretatt i innhold og møteform og dokumentasjon?</p> <p>Mitt eksempel: utskrivning til sykehjem, - HLR, permisjon hjem, videre behandling/trening</p> <p>Hva kjennetegner de ulike profesjonenes oppgaver, kunnskaper Forskjeller, felles trekk? Har du noen eksempler? (fremtidig yrkesutøvelse)</p>

<p>Har du gjort deg noen tanker om betydningen av de ulike profesjonenes bidrag?</p> <p>Dine bidrag, kunnskaper- hvordan ble de tatt imot av andre yrkesgrupper?</p> <p>Hvordan har du bidratt inn i gruppe med dine kunnskaper?</p> <p>Hvordan opplevde du at du fikk ta i bruk din erfaring og kompetanse ved posten?</p> <p>Opplevde å måtte gå ut over grenser for egen kompetanse? Hva gjorde du da?</p> <p>Hvordan opplevde du at du fikk ta del i, bruke andres erfaring og kompetanse ved posten?</p> <p>Reagerte du noen gang på vurderinger og beslutninger som ble gjort for pasienter?</p>	<p>Hvordan: støtte, akseptert, brukt, oversett, avvist. Om hva, av hvem og når?</p> <p>Pasient, pårørende, medstudenter, ansatte fra egen/andre faggrupper</p> <p>Eksempel/fortell Nektet. Hjelp. Spurte hvem om hva Leste</p> <p>Hvem tok beslutninger om hva og i hvilken grad opplevde du å bli lyttet til eller delta i beslutningene?</p>
<p>Kunnskapsutfordring og – utvikling</p> <p>Kan du gi et eksempel på en situasjon som var lærerik for deg i praksisstudiet? Hva, når og hvordan lærte du?</p> <p>Fortell om en situasjon i praksisstudiet som du mener vil ha betydning for deg i din videre utvikling eller som fremtidig utøver?</p> <p>Hva mener du at du kan lære/har lært fra andre faggrupper som har betydning for din yrkesutøvelse/videre utvikling?</p> <p>Hva mener du at du andre faggrupper kan lære/har lært fra deg som har betydning for deres yrkesutøvelse?</p> <p>Fortell om den kompetansen og erfaringen du har. Hva kjennetegner den? Når du ser tilbake på praksisperioden, og på hvilke måter opplevde du at din kompetanse ble satt på prøve?</p>	<p>Studentens egne læringsmål. Lege forklarer. Tverrfaglig undervisning Sykepleier lærte mindre i helg, mye på natt og i visitt. Fysio og lege i pasientundersøkelse</p> <p>På hvilken måte kan du bruke andre faggruppers kunnskap og vurdering i dine beslutninger og vurderinger? Pasient, pårørende, medstudenter, ansatte fra egen/andre faggrupper</p> <p>Begrunnelsene som du legger til grunn. Pasient, pårørende, medstudenter, ansatte fra egen/andre faggrupper Hvordan fikk du tatt i brukt det du kunne hva erfarte du at du ikke kunne?</p> <p>Hvordan bruker egne erfaringer fra samhandling ved posten?</p>

<p>Når du ser tilbake på erfaringen fra praksisperioden hvordan vil du si den har bidratt til din kompetanse?</p> <p>Fortell om en gang da du leste teori knyttet til praksis? Hva gjør at du velger å lese, og hva velger du å lese når du er i praksis?</p> <p>Hvordan var det å møte medstudenter på et nytt praksissted hadde de en annen/samme referanseramme, vektlegger andre ting, andre måter å arbeide på?</p> <p>I hvilken grad er kunnskap fra andre profesjoners område nyttig i vurdering av hva gode behandling/tiltak/omsorg /undersøkelse er?</p>	<p>Hvordan tenker du å bruke den i fremtidig yrkesutøvelse?</p> <p>Pasientproblem. Samarbeid.. Pensum. Pensum? Stoff tatt tidligere i studiet? Egen profesjons kunnskap? Hva, når og hvorfor? Hvem? Leser ikke i praksis. Leser bare medisiner. Leser bare som del i egen eksamens forberedelse. Leser for å kunne begrunne, forklare andre</p> <p>Hva slag type kunnskap, ferdighet snakker du om da?</p>
<p>Tverrprofesjonalitet Veiledet du noen gang medstudenter fra egen /andre yrkesgrupper om hva og i hvilken situasjon?</p> <p>Ble du selv veiledet fra andre faggruppers studenter/ansatte? Hva fikk du ut av det?</p> <p>Hva betyr det for pasienten at flere faggrupper deltar i vurderinger og beslutninger? Har du erfart/ mener du at dette ville vært annerledes på andre poster?</p> <p>I hvilken grad har du lært å se pasient/omsorg/behandling/rehabilitering fra andre faggruppers synsvinkel som virker inn på din vurdering/handling overfor pasienter?</p> <p>På hvilken måte kan du bruke informasjon og vurderinger fra andre yrkesgrupper i din undersøkelse, behandling, tiltak?</p> <p>Når beslutninger skulle tas skjedde det på grunnlag av en felles vurdering eller uti fra en persons profesjons begrunnelser?</p>	<p>Eksempel</p> <p>I hvilken grad bidrar de ulike faggruppene med kunnskap i samhandling rundt pasienter? Smerte, balanse, kognitiv funksjon, vurder funksjon. Etikk, faglige vurderinger</p> <p>Hvordan tenker du dette kan bidra i ditt vurderingsgrunnlag, begrunnelser for egne handlinger i møtet med pasient og i fremtidig yrkesutøvelse? Hvordan fikk du støtte til din undersøkelse/vurdering/behandling/omsorg i konkrete tilfelle? Hvem? Når? Hvordan? (prøve, teste ut egen forståelse/begrunnelse, etiske i handling)</p> <p>Går det an å si at beslutninger var basert på diskusjon om pasientønsker, etikk, kunnskap, personlig erfaring, stedets</p>

<p>Var det mulig for andre faggrupper å forstå dine tiltak, undersøkelser? Kunne du forstå andres tiltak, undersøkelser</p> <p>Hva mener du at du kan lære/ har lært fra andre faggrupper som har betydning for din yrkesutøvelse/videre utvikling?</p> <p>Hva mener du at du andre faggrupper kan lære/har lært fra deg som har betydning for deres yrkesutøvelse?</p> <p>Hadde dere noen felles kunnskap på posten, hvordan ble den brukt?</p> <p>Fortell om hva egen studentgruppe betyr for å lære fremtidig yrkesrolle. Har andre andre profesjoner noe å si for din fremtidige yrkesrolle?</p>	<p>retningslinjer, økonomi. Eller var de bestemt i forkant av møtene?</p> <p>Hvem? (studenter/ansatte fra egen/andre faggrupper) Når? Hvordan? (prøve ut, teste ut egen forståelse/begrunnelse, etiske i handling)</p> <p>Trenger andre profesjoner å lære noe fra din profesjon, fra deres kunnskapsgrunnlag? Har du noen tanker om hva, hvordan kan de lære og bruke det og betydning av dette for hvem? (pasient, posten, yrkesutøvelse...)</p>
<p>Fremtidig yrkesutøver Hva tenker du om fremtidig yrkesutøvelse?</p> <p>Hvilke muligheter eller utfordringer, ser du for deg i fremtidig yrkesutøvelse?</p> <p>Fortell meg litt om hvordan du kan møte forventninger til at du kan begrunne dine vurderinger og handlinger i yrkesutøvelsen?</p> <p>Har du noen forventninger til samarbeid med andre profesjoner i fremtidig yrkesutøvelse?</p> <p>Hvordan ser du på ditt oppgave med å veilede, forklare, undervise i fremtidige yrkesutøvelse? Hvilket ansvar og funksjon mener du andre faggrupper har i å veilede og undervise?</p>	<p>Hva vil du gjøre? Ønsker? Antakelser? Ideal? Visjoner?</p> <p>Ansvar/ forpliktelse og begrensninger</p> <p>Kan du tenke deg et eksempel? om hva, med hvem, hvordan ?</p> <p>Pasient, pårørende, egen og andres faggruppe, studenter I hvilke situasjoner kan du tenke deg at det er aktuelt? Kjennetegn ved disse?</p>
<p>Avslutning</p> <p>Er det noe du synes vi skulle ta opp/snakke mer om? Hvordan var det for deg å snakke om praksisperioden ved...? Hva tenker du nå etter at vi har snakket sammen? Hvilken betydning hadde det for deg at jeg var til stede på praksisstedet?</p>	<p>Eksempel?</p>

Ph.d.-graden i profesjonsstudier

Avhandlingene kan kjøpes gjennom HiOAs nettbokhandel <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Skriftserien>.

- Tatanya Ducran Valland (2015): *Lojalitet og profesjonell standard*
- Tone Dahl-Michelsen (2015): *Gender in physiotherapy education. A study of gender performance among physiotherapy students and changes in the significance of gender*
- Magne Lindholm (2015): *Journalistikkens autoritet. Yrkesideologi og autoritetsmarkering i norsk journalistikk 1954-2014*
- Ida Katrine Riksaasen Hatlevik (2014): *Meningsfulle sammenhenger. En studie av sammenhenger mellom læring på ulike arenaer og utvikling av ulike aspekter ved profesjonell kompetanse hos studenter i sykepleier-, lærer- og sosialarbeiderutdanningene.*
- Mette Løvgren (2014): *Professional Boundaries. The Case of Childcare Workers in Norway*
- Gerd Sylvi Steinnes (2014): *Profesjonalitet under press? Ein studie av førskulelærarar si meistring av rolla i lys av kvalifiseringa til yrket og arbeidsdelinga med assistentane.*
- Sølvi Mausethagen (2013): *Reshaping teacher professionalism. An analysis of how teachers construct and negotiate professionalism under increasing accountability.*
- Marita Nordhaug (2013): *Which Patient's Keeper? Partiality and justice in nursing care*
- Ida Drange (2013): *A study of Labour Market Careers for Professionals of Ethnic Minority Origin*
- Joakim Caspersen (2013): *Professionalism among novice teachers. How they think, act and perceive knowledge.*
- Asgeir Falch-Eriksen (2012): *The Promise of Trust - An inquiry into the legal design of coercive decision-making in Norway.*
- Anita Røysum (2012): *Sosialt arbeid i nye kontekster. Om sosialarbeideres erfaringer med NAV-reformen.*
- Jonas Debasay (2012): *Omsorgens grenser. En studie av hjemmesykepleieres rammebetingelser i pleie av og omsorg for etniske minoritetspasienter.*
- Pål Nygaard (2012): *Profesjonalisering mellom Bildung og Engineering. En studie av de norske ingeniørens profesjonshistorie 1930-1970.*
- Hilde Karlsen (2012): *Not so unconventional after all: A quantitative study of men in care-oriented study programmes and professional occupations in Norway.*
- Louis Royce Botha (2011): *Incorporating indigenous knowledges into knowledge making: experiences from a South African context.*
- Jorunn Vindegg (2011): *Å forstå en familie: Fortellinger som kunnskapskilde i sosialarbeideres profesjonelle yrkesutøvelse.*
- André Vågan (2009): *Physicians in the making.*
- Bodil Tveit (2008): *Ny ungdom i gammelt yrke - en studie av sykepleierstudenters motivasjon og fagidentitet i møte med en tradisjonstung utdanning.*